



Universitat Autònoma de Barcelona

**Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Social
Doctorado en Psicología Social**

TESIS DOCTORAL

*El Fin del Manicomio en los tiempos del Neoliberalismo:
Construcción y problematización de la
Desinstitucionalización Psiquiátrica.*

Nombre: Pamela Vaccari Jiménez
Directora de Tesis: Dra. Teresa Cabruja i Ubach
Tutor de Tesis: Dr. Juan Muñoz Justicia

BELLATERRA, SEPTIEMBRE 2013.

Dedicatoria

*A todas las personas que han sido etiquetadas
con un diagnóstico psiquiátrico.*

A sus familiares.

Y a esa lucha cotidiana por derribar los muros.

Agradecimientos

A mi Directora de Tesis, Dra. Teresa Cabruja i Ubach por su decisión, aceptación, cariño y generosidad para guiarme y acompañarme en este trabajo a lo largo de estos años y por sus invaluable aportes a mi formación profesional e investigadora. A mi Tutor de Tesis Dr. Juan Muñoz Justicia por la confianza depositada en este equipo de trabajo. Al grupo de investigación DIGECIC, en especial a Teresa, Mónica, Miguel, Natalia, Nicole y Pam por los momentos, aprendizajes y emociones compartidas. A las personas participantes y entrevistadas en este estudio, gracias por la cordialidad, sus tiempos y palabras, así como a todas las personas que me facilitaron el acceso a la información que necesité para el desarrollo de esta tesis. Agradezco también al Departamento de Psicología Social de la UAB, a su cuerpo docente y también en especial a Cristina Prats por su permanente disposición, claridad y ayuda en todas las gestiones académicas y administrativas, indispensables para el desarrollo de este doctorado. A la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT) por otorgarme la Beca de Estudios Gestión Propia entre los años 2008 y 2012 cuyo financiamiento me permitió vivir y estudiar en Barcelona.

A mi querida y maravillosa madre Edith por depositar siempre en mí su amor infinito, su apoyo y su confianza a lo largo de mi vida. A mi compañero Marco por el amor, la alegría de compartir la vida cotidiana, su soporte y generosidad incondicional hacia mí y por la gran emoción de convocar, recibir y tener a nuestra Amanda. A mi amada hija Amanda por su llegada, su fuerza, su exquisita compañía y ternura infinita. A mi familia materna por su gran cariño y pasión corleone-macana sin fronteras, en especial a mi gloriosa madrina, a mis admirables tías y tíos de Chile y de Dinamarca, a mis primas y primos y a toda la hermosa descendencia de hijas e hijos que les siguen. A mis ascendientes, el abuelo Francisco y la abuela Rosa, que ya se encuentran en otro mundo repasando sus historias campesinas y obreras, las que yo reconozco y guardo como mis primeras cátedras de estudios sociales. A mi familia paterna, en especial a mis hermanas Dyna, Katiushka y Fiorella por la generosidad de sus corazones, a Tía Melva y mis prim@s Cecilia y Paulo de Uppsala, Suecia, por todo el afecto que nos han entregado desde que llegamos a Barcelona, a mi papá Rolando por abrirme la puerta hacia la familia, por su amor, las palabras, la poesía y todas sus valiosas correcciones y observaciones aportadas a esta tesis doctoral. Agradezco también a la familia Astete Cereceda por el cariño, en especial a mi querida suegra Otilia, por su fe inquebrantable en la vida y sus desafíos. A Ruti, Carolina, Helena, Mónica y Elna, por su compañía y cariño durante todos estos años que hemos vivido en Catalunya y por desarrollar el hermoso oficio de hadas madrinas con Amanda, Marco y yo, en los días más difíciles que nos tocó pasar aquí. A Gladys, Cristóbal y Germán por ser pares y partners en esta aventura compartida de becas, estudios, familia y extrañación del terruño. A mis amigas de Chile por la mutua añoranza de querer vernos siempre. A les meves companyes i companys catalanes del Master d'Intervenció Psicosocial de la UB per ensenyar-me i demostrar-me com s'estima i es respecta a Catalunya. A mis compañeras del Doctorado en Psicología Social de la UAB por todos los buenos momentos vividos. A todas/os las amigas y amigos que hemos encontrado aquí en Barcelona, España y alrededores, gracias por el tiempo compartido y por vuestro cariño, que es mutuo e inolvidable para mí, gracias por ese café, las comidas deliciosas, los vinos, las cervezas, las flores de Bach y las conversaciones en el barrio de Horta, en Gràcia, Vallcarca, en la Trini, Sant Andreu, en Tallers, en Urgell, en Sepúlveda con Villarroel, en Universitat, en Navas y su calle Ripollés, en Drassanes, en el Raval, Sants, Hospitalet, Sant Andreu de Llavaneres, Calella, Badalona, Vilafranca del Penedès, Calafell, Girona, Canyelles, Vall de Núria, Cardedeu, Granollers, Càmpanvanol, Bilbao-Portugete, Granada-Málaga-Estepona y Bremen.

*El Fin del Manicomio en los tiempos del Neoliberalismo:
Construcción y Problematización de la Desinstitucionalización
Psiquiátrica.*

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
PRIMERA PARTE: PUNTO DE PARTIDA	11
CONTEXTO PERSONAL DE ESTA TESIS.....	11
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
MARCO PARA LAS PREGUNTAS Y OBJETIVOS	16
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	17
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
SEGUNDA PARTE: CONTEXTUALIZACIONES Y BASES EPISTEMOLÓGICAS	19
ALGUNAS PISTAS HISTÓRICAS SOBRE DESINSTITUCIONALIZACIÓN	19
LOS RECORRIDOS DE LA SALUD MENTAL EN OCCIDENTE	30
MARCO POLÍTICO DE LA SALUD MENTAL Y LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	38
SALUD MENTAL EN CHILE: TRAYECTORIAS Y ENFOQUE	41
ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO PARA UNA PROBLEMATIZACIÓN.....	51
ESTADO DE LA CUESTIÓN	73
TERCERA PARTE: METODOLOGÍA	85
MÉTODO.....	85
Análisis de la información.....	86
<i>Algunas notas sobre el análisis de discurso</i>	87
Sintetizando la justificación del método y análisis de esta investigación.....	93
Aspectos éticos y reflexivos en la investigación social.....	94
Elementos éticos y reflexivos de esta investigación.....	105
Reconceptualizando después de la ética y la reflexividad	107
TRABAJO DE CAMPO	108
Instrumentos utilizados en el trabajo de campo.....	109
Imprevistos del trabajo de campo	109
Técnica de recogida de información para el trabajo de campo	112
<i>Guión de entrevista abierta semi-estructurada con pauta de preguntas para personas con diagnóstico psiquiátrico.....</i>	<i>115</i>
<i>Guión de entrevista abierta semi-estructurada con pauta de preguntas para equipos de salud mental.....</i>	<i>115</i>
<i>Guión de entrevista abierta semi-estructurada con pauta de preguntas para familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico.....</i>	<i>116</i>
<i>Forma de registro y almacenamiento de entrevistas</i>	<i>116</i>
<i>Transcripciones de entrevistas</i>	<i>116</i>
Selección de participantes para el trabajo de campo.....	117
<i>Descripción de participantes o co-investigadoras/es.....</i>	<i>120</i>

<i>Personas con diagnóstico psiquiátrico</i>	120
<i>Familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico</i>	123
<i>Profesionales que pertenecen a equipos de salud mental</i>	125
Síntesis de la descripción de participantes o co-investigadoras/es	128
Comentarios al cierre del trabajo de campo	128
Análisis de los datos.....	129
<i>Selección del tipo de análisis: Análisis de Discurso Foucaultiano (FDA)</i>	129
CUARTA PARTE: RESULTADOS Y ANÁLISIS	134
CORPUS	135
Objetos discursivos elegidos.....	135
Posiciones de sujeto.....	136
Problematizaciones.....	137
Tecnologías del yo (self).....	137
Tecnologías del poder	137
INTRODUCCIÓN SOBRE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	137
DESARROLLO DE LOS RESULTADOS	138
Posiciones de sujeto.....	138
<i>Discurso autonomía</i>	138
<i>Discurso dependencia</i>	140
<i>Discurso desinstitucionalización</i>	142
<i>Discurso familia</i>	145
<i>Discurso género</i>	148
<i>Discurso filosófico</i>	149
<i>Discurso institucional</i>	152
<i>Discurso organizacional</i>	160
<i>Discurso paciente</i>	161
<i>Discurso paternalista</i>	163
<i>Discurso prejuicios</i>	165
<i>Discurso social</i>	167
Problematizaciones.....	168
<i>Discurso alternativo de salud</i>	169
<i>Discurso crítico institucional al sistema salud mental y a la desinstitucionalización</i>	170
<i>Discurso crítico educativo salud mental</i>	189
<i>Discurso crítico médico psiquiátrico</i>	191
<i>Discurso crítico profesionales de salud mental no médicos</i>	200
<i>Discurso crítico sistema político</i>	202
<i>Discurso crítico sociedad</i>	205
<i>Discurso familia</i>	213
<i>Discurso prejuicios</i>	215

Tecnologías del yo (self).....	215
<i>Discurso orientado al logro</i>	215
<i>Discurso filosófico</i>	217
Tecnologías del poder	219
<i>Discurso biológico</i>	219
<i>Discurso científico positivista</i>	220
<i>Discurso médico psiquiátrico</i>	220
<i>Discurso psicológico</i>	224
QUINTA PARTE: DISCUSIÓN	228
CRÍTICAS/PROBLEMATIZACIONES.....	229
OTROS DISCURSOS.....	244
APOYOS.....	246
SÍNTESIS.....	249
CONCLUSIONES EN MOVIMIENTO	252
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	257
ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	274
ANEXO N°2: CÓDIGOS DE TRANSCRIPCIÓN.....	275

INTRODUCCIÓN

El Fin del Manicomio en los tiempos del Neoliberalismo, es una paráfrasis de una novela de Gabriel García Márquez ‘El amor en los tiempos del cólera’, que he tomado en préstamo para titular este trabajo sobre la desinstitucionalización psiquiátrica. Debo advertir que, nada más lejos de mi ánimo está el relacionar el contenido de esta obra con mi proyecto de investigación. Se trata solamente de expresar como algo pretendidamente bueno sucede en tiempos ‘complejos’.

Guardando las distancias, la analogía surge de mi análisis del proceso de desinstitucionalización, reconocido como adecuado para mejorar el tratamiento de las personas con diagnóstico psiquiátrico (OMS, 2001) y que actualmente se desarrolla en los marcos del sistema neoliberal, éste último, objeto de múltiples críticas, debates y defensas. Dejo hasta aquí por tanto, la mención realizada a la literatura Latinoamericana, esperando no sucumbir al realismo mágico en las siguientes páginas.

La desinstitucionalización psiquiátrica se entiende hoy en día como un proceso para favorecer el tratamiento e integración en la sociedad (o comunidad) de las personas con diagnóstico psiquiátrico (OMS, 2001; Minoletti y Zaccaria, 2005; Araya et al., 2006; Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012). Y valga la aclaración, digo personas con ‘diagnóstico psiquiátrico’, porque de antemano pongo en duda las etiquetas psiquiátricas que se atribuyen a las personas cuando presentan algún malestar a nivel emocional, conductual, o de relación, etc.

De este modo, como punto de partida de esta tesis doctoral, planteo este cuestionamiento: las personas no tienen tal o cuál ‘trastorno’, sino más bien ‘un diagnóstico’, que por lo menos es discutible. ¿Y porqué es discutible? ¿Me atrevo a rebatir un diagnóstico médico sin tener conocimientos de medicina? Bien, no solo yo, más bien, muchas personas (Hearing Voices Network, 2013), porque no es mi idea, es algo que se viene discutiendo desde hace mucho tiempo y que sigue quedando como una corriente o tendencia más invisibilizada (González y Pérez, 2007). Comparto plenamente con ese sector que afirma que es complicado establecer etiquetas tan comprometedoras a la gente, especialmente cuando sus efectos en las relaciones sociales son tan fuertes, y sin duda los diagnósticos psiquiátricos son una de las atribuciones más temidas y rechazadas por la sociedad,

con todas las consecuencias que ello tiene en la vida cotidiana para quienes lo experimentan (Goffman, 1961; 1963).

En este trabajo nunca señalo determinadamente que alguien tiene un 'trastorno mental' o un 'trastorno psiquiátrico' ni menos una 'enfermedad mental', de hecho cada vez que puedo, lo pongo en comillas porque me parece de antemano extremadamente prejuicioso y porque no deseo reproducir el lenguaje médico sin al menos problematizarlo, es decir, sin ponerlo en cuestión y analizar cuál es el recorrido que ha hecho para convertirse en verdad única e irrefutable (Cabruja, 2005; Íñiguez, 2006). Es un trabajo sobre desinstitucionalización psiquiátrica, que toca inevitablemente el tema del diagnóstico. Aquí me pregunto, ¿cómo va funcionando? ¿Cómo viven su proceso las personas diagnosticadas? ¿Los equipos de salud mental? Y ¿Las familias?

El cambio del sistema asilar a uno desinstitucionalizado está en marcha prácticamente en todo el mundo (occidental), ha sido una transformación lenta, paulatina, pero aún así los temas de salud mental parecen ser todavía parte de un mundo tabú y que la comunidad o sociedad ve con resistencias. En este trabajo me propongo por tanto, abrir una ventana y mirar brevemente que está sucediendo, que construcciones, que articulaciones y que movimientos esto genera.

En la primera parte de mi trabajo y a modo de punto de partida, expongo la conexión personal que tengo con la elección del tema de investigación, en donde explico porqué me sitúo en Chile con su actual política de salud mental. También doy cuenta del camino que realicé antes y durante el tiempo que he sido estudiante de doctorado, los motivos que me llevaron a definir este tema de investigación, los aprendizajes que he podido construir en el trayecto (gracias al encuentro con múltiples experiencias, personas y lugares), así como el porqué de la metodología y las/os participantes del estudio que quise incorporar. Posteriormente en esta primera parte defino también el problema de investigación, así como el marco o contexto en que se desarrollan las preguntas de investigación y objetivos.

En la segunda parte, expongo algunos datos sobre la desinstitucionalización psiquiátrica y la salud mental, como por ejemplo, desde cuándo se empieza a discutir sobre ello, las formas que fueron tomando como conceptos y prácticas, los

escenarios sociopolíticos en los que se desenvuelven las políticas públicas de salud mental y la situación sobre el tema en Chile. Igualmente presento el marco epistemológico que me guía en todo el desarrollo de esta tesis doctoral y que es coherente con mi idea de problematizar este proceso de desinstitucionalización. A modo de actualización presento también el estado de la cuestión, que muestra la contingencia, debates y preocupaciones que existen sobre el tema.

En la tercera parte, muestro la metodología utilizada en detalle, el que y el cómo. En este sentido pienso que para problematizar, que es a la vez un trabajo de desarticulación de algo que se da por hecho, es coherente trabajar con el método cualitativo. Y más aún con los discursos. De esta forma, explico también porqué adscribo a trabajar con los estudios discursivos (Van Dijk, 1997a), y porque coincido en que son prácticas sociales en sí mismas con capacidad para mantener y reproducir hechos y/o para producir transformación social (Íñiguez, 2006). En esta línea también señalo los límites éticos y reflexivos que me trazado y describo en detalle el trabajo de campo realizado, las decisiones frente a los imprevistos, los contactos realizados, las personas participantes co/investigadoras y la presentación de la herramienta de análisis de los datos.

En la cuarta parte de resultados y análisis explico cómo llegué a identificar el núcleo de construcciones que presento, así como la descripción del porqué pienso que se articulan en torno a esos núcleos y ya en la quinta parte de discusión, intento realizar un análisis general intercalando los datos obtenidos/construidos y algunos elementos teóricos que me parecieron relevantes para articular ciertas reflexiones, propuestas y nuevas preguntas. Aquí no quisiera adelantar nada porque me interesa, sobre todo, que este trabajo pueda leerse como desarrollando algo, mostrando un poco el proceso que viví al realizarlo, y compartiendo cómo este desarrollo fue sorprendiéndome a la vuelta de cada suceso, página y 'esquina'.

En esa sección presento también algunas conclusiones pero por defecto y en el contexto de todo este trabajo, se trata de unas que están 'en movimiento' y como tal, la invitación es a continuar la reflexión y sólo establecer por ahora los límites y posibilidades que me ha brindado el realizar esta tesis doctoral. En este sentido, se trata de una operación de reflexividad para un cierre analítico momentáneo, que permita dentro de sus alcances, ser un aporte a la problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica.

En la misma línea y para finalizar, sólo me queda expresar como dice Derridá (1997) que el tiempo de una tesis no existe, o al menos, que resulta difícil delimitarla, puesto que este ejercicio de estar continuamente pensando, preguntando, escribiendo, impiden terminar, y, se entiende que por razones pragmáticas hay que concluir, no obstante he comprendido que este ejercicio nunca acaba, nunca acaba de decirse todo lo que quisiéramos, nunca una llega a explicarse del todo, en fin, que como parte de mi propio aprendizaje, continúo en ello y no me disgusta, por el contrario, cada tiempo de tesis es único y personal pero también en relación con las/os demás, y por ahora para mí y las actuales circunstancias, el tiempo de esta tesis concluye, eso sí, en su última página.

PRIMERA PARTE: PUNTO DE PARTIDA

*Se lo cuento a los que han venido,
y se ríen con insania:
"Yo soy de aquellas que bailaban
cuando la Muerte no nacia..."
(Gabriela Mistral, del libro:
'Tala, Alucinación, Historias de loca')*

CONTEXTO PERSONAL DE ESTA TESIS

El tema que he elegido para realizar esta tesis tiene, como señala Vallés (1998), además de fuentes de información e investigaciones, una base de motivación personal y profesional. En consecuencia, puedo decir que el problema de investigación que aquí planteo, comenzó a delinearse en Chile coincidiendo con mi desempeño en el servicio público de salud entre los años 2000 y 2006. Específicamente durante un par de años, fui parte de un equipo multidisciplinario que ofrecía atención ambulatoria de salud mental para personas con diagnóstico psiquiátrico. Curiosamente unos años antes, siendo alumna de psicología en la Universidad, había ido a clases de 'psicopatología' al 'manicomio' de la ciudad y después formé parte del equipo que 'desinstitucionalizó' una de esas unidades de salud mental. Ése fue mi primer contacto con el mundo de la desinstitucionalización psiquiátrica.

Durante esa experiencia laboral, que consistía básicamente en implementar un centro de atención ambulatoria para personas con diagnóstico psiquiátrico, me intrigaba la brecha entre el 'ideal' descrito sobre el papel y lo complicado que era ejecutarlo. Casi siempre las gestiones, administrativas y financieras en especial, eran burocráticas, escaseaba la información entre funcionarias/os de otras reparticiones sobre las reformas en salud mental y, en general, existía tenaz resistencia a interactuar con grupos de personas diagnosticadas, tanto por parte de los barrios candidatos para instalar el centro ambulatorio, como de las personas vinculadas o no a la salud mental. Sin duda algo estaba pasando, pero en ese momento lo intensivo del trabajo no me permitió reflexionar con la suficiente profundidad ni hacer mayores averiguaciones.

Al año siguiente, a partir de mi llegada a Barcelona el 2007 para iniciar los estudios de master y doctorado en psicología social, tomé conocimiento de nuevas formas de comprender lo social, diferentes a las que hasta ese momento había

acumulado. Por medio de compañeras/os de curso, docentes y mi Directora de tesis Dra. Teresa Cabruja i Ubach, fui aprendiendo sobre teorías y metodologías más reflexivas y críticas que replantearon las inquietudes que signaban mi experiencia laboral. En este sentido, fue crucial la asignatura que realicé con la Dra. Teresa Cabruja i Ubach sobre deconstrucción de la psicopatología y la *despsicopatologización* de la vida cotidiana, para comprender que había un nexo entre estas reflexiones e investigaciones críticas con mi breve experiencia laboral. De esta manera, retorné a la desinstitucionalización como tema de interés y empecé a desarrollar otras preguntas con el renovado entusiasmo que me daban los estudios de postgrado y la revaluación de mi experiencia en salud mental. A partir de aquí y como miembro competente (Garfinkel, 1967) de mi cultura, (de acuerdo con Íñiguez, 2006, significa que una persona está dotada para actuar con conocimiento en el contexto social en el que habita, por medio del lenguaje común de ese grupo) supe que mi investigación debía situarla en Chile y desde esa perspectiva iniciar la reflexión sobre el tema.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Siguiendo con Vallés (1998) y sus sugerencias para formular un problema de investigación social, conjuntamente con esta experiencia personal, indagué en la opinión de 'las/os expertas/os' sobre el área. Por una parte, las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2004); así como de Minoletti y Zaccaria (2005), Florenzano (2008) y Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon (2012), señalan que en la actualidad la desinstitucionalización es la mejor forma de atender a las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, en comparación con la asistencia que en el pasado se ofrecía en los manicomios, donde las personas vivían encerradas y permanentemente estigmatizadas por la sociedad.

Pasaron aún largos años para que la desinstitucionalización se llegara a ver como algo 'normal'. Se requirió de un cambio radical de paradigma que comienza según Ferreirós (2007), con un notable impulso luego del término de la segunda guerra mundial en 1945, a una corriente que bregó por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, propiciando el debate sobre los derechos a todo nivel y contribuyendo a dignificar el trato y la vida de las personas que estaban en manicomios, aún cuando esta situación se venía ya analizando de manera incipiente desde el siglo XIX, como lo demuestran las gestiones de Philippe Pinel quien se

señala como el primer médico que abogó por humanizar el trato hacia las personas 'dementes' (Novella, 2008).

En el ámbito mundial, la desinstitucionalización fue aceptándose como un proceso lógico y natural de los tratamientos en psiquiatría. En Chile, específicamente, todo el impulso a la desinstitucionalización significó poner en marcha a través del Ministerio de Salud dos planes sucesivos de salud mental en 1993 y 2000. Con el primero, se introdujeron las prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo, en donde se incorporó poco a poco el tema social, involucrando a la familia y la comunidad en el tratamiento y la rehabilitación. Con el segundo plan, se estableció un modelo más elaborado junto con la red de atención y de actividades para los problemas prioritarios, en base a las líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud en el Informe sobre la salud en el mundo (2001), que incluía el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, su integración en los servicios de salud general y la creación de vínculos intersectoriales (Minoletti y Zaccaria, 2005; Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012). De esta forma se proponía un nuevo modelo de intervención basado en la atención ambulatoria, con apoyo de la comunidad y el objetivo de mejorar el trato y la calidad de vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

No obstante este impulso y su posterior desarrollo, tanto en Chile como en otros países (OMS, 2004), se advierte que los procesos de desinstitucionalización presentan múltiples dificultades para su implementación. Sepúlveda (1998), Minoletti y Zaccaria (2005); Araya et al (2006), la OMS (2004), Van Amerongen, (2011); Martínez-Leal et al. (2011) y Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon (2012), advierten la falta de recursos, de capacitación del personal y del conocimiento del tema por parte de la sociedad, entre otros factores. No obstante las medidas adoptadas, persisten situaciones de discriminación y estigma hacia quienes tienen diagnóstico psiquiátrico, señalan Roets et al. (2007), Magallares Sanjuan (2011) y González (2012).

En este punto es válido preguntarse entonces, si la desinstitucionalización es una vía adecuada para mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico y sus familias, y si es un camino posible, conocer que tensiones existen por analizar y resolver en su implementación.

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental viene impulsando desde 2001 la atención ambulatoria y la desinstitucionalización. Sin embargo, durante mi experiencia laboral percibí la dificultad de implementar esta nueva forma de atención en todos sus alcances. Pero no solo yo en mi micro-experiencia. De acuerdo a la OMS (2004); Araya et al (2006), Rojas Varela (2005) y Minoletti y Zaccaria (2005) y Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon (2012) en la desinstitucionalización psiquiátrica aún subsisten determinados problemas relacionados con:

- Bajo porcentaje del presupuesto del sector Salud de Chile, invertido en salud mental: sólo un 2,14%.
- No existen disposiciones legales o financieras para proteger de la discriminación a usuarias/os con diagnóstico psiquiátrico, sus derechos en el trabajo y su acceso a una vivienda digna.
- Escaso número de personas con 'diagnóstico severo' logran insertarse y mantener un trabajo remunerado.
- Un 15% de las personas que reciben pensión asistencial lo hacen debido a la clasificación de 'discapacidad mental'.
- Existen muy pocos dispositivos de salud mental específicos para niñas/os y adolescentes, y el porcentaje de esta población tratada en consultorios médicos de salud mental es bajo (24% en centros ambulatorios y 8% en hospitales generales y clínicas psiquiátricas).
- La capacitación en salud mental de profesionales y técnicos de atención primaria es insuficiente. Quienes trabajan en salud mental tienen en promedio dos o tres días al año de capacitación en estos temas y el contenido de los cursos se centra en el uso de medicamentos psicotrópicos y son para profesionales médicos. Existen escasas instancias de formación en intervención psicosocial (del 15 a 24%). El acceso a formación en salud mental infantil es aún menor, alcanzando una cifra mínima en médicos no especialistas (25%).
- El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental es de 32 por cada 100.000 habitantes. La proporción de enfermeras/os y asistentes sociales que trabajan en salud mental es menor que la de otras/os profesionales. Por cada una/o de estas/os

profesionales trabajan aproximadamente dos terapeutas ocupacionales, tres psiquiatras y siete psicólogas/os.

- En cuanto a involucramiento de otros sectores fuera de salud en actividades de salud mental o a favor de las personas con diagnóstico psiquiátrico, existen muy pocas escuelas que cuenten con psicóloga/o y solamente en forma esporádica se realizan actividades de promoción y prevención en salud mental. Menos del 20% de los recintos de Gendarmería tienen al menos un interno al mes, referidos a la/el profesional en salud mental. Muy pocas/os policías, jueces y abogadas/os han participado en actividades de capacitación en salud mental. En general existe una baja interacción de las diversas instituciones del Estado con la salud mental.
- Del total de camas de psiquiatría, 69% se ubican en la Región Metropolitana, de Santiago, lo cual dificulta su utilización por personas de otras regiones. En diversos puntos del país, existe inequidad en el acceso a servicios de salud mental, especialmente en comunidades mapuches.
- Existe una preocupante desproporción en el número de los distintos profesionales de salud mental que se están formando en Chile. Solamente el 2% de la malla curricular de los estudiantes de medicina está dedicada a salud mental, en comparación con el 5% en Enfermería y 3% en los centros de formación de Técnicos Paramédicos. No existen programas regulares de formación de pre o postgrado en salud mental para enfermeras y asistentes sociales. El número de estos profesionales es insuficiente para las necesidades de la población.
- No existe en Chile un organismo coordinador de estrategias de salud mental. Algunas entidades del Estado han realizado algunas campañas de sensibilización y educación en los últimos cinco años. Entre las referidas entidades se encuentran la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer y Servicio Nacional de Menores y Sociedades Científicas de Profesionales como la Sociedad de Psiquiatría y la Asociación de Salud Mental. Las campañas se han dirigido a la población general, niñas/os y mujeres, en relación al estigma hacia personas con 'trastornos mentales', el maltrato infantil y la violencia contra la mujer.

- La reforma de salud en Chile impulsada desde la recuperación de la Democracia en 1990, ha propiciado el crecimiento del sector privado de salud, ampliando la brecha entre atención pública y privada, lo que genera mayor inequidad en el acceso a la atención de salud en todas las áreas.

MARCO PARA LAS PREGUNTAS Y OBJETIVOS

Frente a esta gama de problemas y en comparación con otros países (OMS, 2001), se evidencia la necesidad de analizar o al menos reflexionar en torno a las tensiones que se están desarrollando y directamente impiden que en Chile la desinstitucionalización psiquiátrica pueda implementarse como se espera y que a cambio, tome formas que mantienen y reproducen algunos de los problemas del antiguo sistema 'asilar'.

Teniendo en cuenta que este diagnóstico de los problemas ya está identificado (Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012; OMS, 2007; Araya et al, 2006; Rojas Varela, 2005; Minoletti y Zaccaria, 2005), me propongo por tanto, a indagar específicamente en las prácticas sociales que se desarrollan en los ámbitos de atención pública de salud mental en Chile. Para ello analizaré las construcciones sociales que realizan sobre este tema, tres grupos específicos relacionados: las personas con diagnóstico psiquiátrico, sus familiares y miembros de los equipos de salud mental. A partir de estos datos me interesa conocer, cuáles son las tensiones y distensiones de la desinstitucionalización para estas personas, cómo lo experimentan en su cotidiano y que posibles propuestas son las que plantean frente a este sistema de salud mental 'en reforma'.

Las razones para elegir estos grupos son las siguientes: una, porque están directamente vinculados al tema de la desinstitucionalización y dos, porque en Chile es difícil hallar registros de lo que sucede en ese ámbito. Los estudios que cito para definir el problema son estadísticos en su mayoría, basados en registros cuantitativos que recogen, por ejemplo, cuántos centros ambulatorios e instancias de capacitación existen, cuántas reuniones fueron asistidas por familiares, cuánto presupuesto se asignó en tal año. Este tipo de datos no es irrelevante para el análisis, sin embargo, pienso que las/os protagonistas del proceso cuentan con información más detallada e idiosincrática sobre su experiencia, lo que podría

servir para continuar construyendo y sumando reflexiones de hoy sobre el proceso de desinstitucionalización (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008).

En este caso, el método más propicio para indagar es el cualitativo, porque como tal, se interesa por alcanzar comprensiones más profundas y reflexivas sobre los fenómenos, intentando rescatar 'el sentido' de quienes son parte de una práctica social (Conde, 1994; Vallés, 1998; Banister et al., 2004; Flick, 2006; Smith, 2008; Boeije, 2010) tal como quiero recoger en este caso de personas relacionadas con el proceso de desinstitucionalización. El método cualitativo se focaliza en técnicas que, entre otras, registran los relatos de las personas y las construcciones de mundo que hacen sobre distintas situaciones que constituyen parte de su vida. Gran parte de la investigación en salud mental que se hace en otros países, se realiza con el método cualitativo y se utiliza como sujetos de estudio a personas diagnosticadas, familiares y trabajadoras/es del área (Speed, 2006; Gates Cloyes, 2007; Boschma, 2007; Kielland, 2010). En tal sentido, considero que este trabajo de investigación podría ser parte de los estudios que buscan la comprensión de los procesos sociales teniendo como ejes fundamentales los relatos y significados que las personas otorgan a sus experiencias.

El problema que he delimitado tiene relevancia, porque se vincula directamente con las prácticas sociales que mantienen, reproducen y/o resisten procesos de estigmatización, discriminación y convivencia social. En este caso, la desinstitucionalización aparece como una meta de política pública, asumida por influencias mundiales como la globalización, pero que colisiona con infinitos procedimientos cotidianos que ponen en duda si sus objetivos son vivenciados y comprendidos de la misma forma por las/os protagonistas. Acerca de cómo se construye y define en medio de los actuales contextos geopolíticos y sociales, es a lo que me referiré en las siguientes páginas.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Es la desinstitucionalización psiquiátrica una vía adecuada para mejorar la atención en salud mental?
- ¿Qué efectos tienen, en las personas protagonistas, es decir, aquellas con diagnóstico psiquiátrico, familiares y miembros de equipos de

salud mental, las formas que toma la desinstitucionalización psiquiátrica en sus procesos de implementación?

OBJETIVO GENERAL

- Problematizar la desinstitucionalización psiquiátrica para conocer y reflexionar sobre las tensiones que existen en su pretensión de mejorar la atención en salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar en las formas de subjetivación que promueve la salud mental desde su función productiva/regulativa.
- Identificar las distintas versiones/discursos o construcciones de mundo que coexisten en la desinstitucionalización, cuáles son los límites y posibilidades que brindan y si se vinculan o articulan con otras concepciones fuera del ámbito de salud mental para su mantención y reproducción.
- Analizar las funciones que cumple la desinstitucionalización para las diferentes versiones de mundo que la constituyen y superponen.
- Conocer la construcción de subjetividades emergentes, en contextos de sujeción, subordinación y resistencia a procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.
- Conocer la construcción de subjetividades que emergen frente a la institucionalidad médica y sus procedimientos, analizando el lugar que ocupan en la vida cotidiana de las personas protagonistas de procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

SEGUNDA PARTE: CONTEXTUALIZACIONES Y BASES EPISTEMOLÓGICAS

*He sido cortado en pedazos
por rencorosas alimañas
que parecían invencibles.
Yo me acostumbré en el mar
a comer pepinos de sombra,
extrañas variedades de ámbar
y a entrar en ciudades perdidas
con camiseta y armadura
de tal manera que te matan
y tú te mueres de la risa.
(Pablo Neruda, del poema:
"Testamento de Otoño")*

ALGUNAS PISTAS HISTÓRICAS SOBRE DESINSTITUCIONALIZACIÓN

La desinstitucionalización debe parte de su nombre a la institucionalización, que fue una de las formas de atención de tipo asilo u hospicio donde el/la paciente con 'problemas mentales' permanecía internada/o y en tratamiento, desde la Edad Media hasta nuestros días, pero que también fue aplicada para todo tipo de conductas que no se 'ajustaban' a lo que la sociedad requería, como por ejemplo, reclusos y personas en situación de pobreza, en marginalidad, con consumo de drogas, etc. Así, la desinstitucionalización es, como su nombre sugiere, sacar de las instituciones a estas personas, para ser asistidas de forma ambulatoria (Goffman, 1961; Foucault, 1986).

La desinstitucionalización psiquiátrica, por su parte, es el proceso en donde se cambia la atención de salud mental desde una modalidad intrahospitalaria, a otra que se realiza fuera del hospital tradicional, en un centro ambulatorio y en la comunidad. El objetivo principal es proveer un adecuado ambiente de 'tratamiento' para la persona con diagnóstico psiquiátrico, que tiene libertad de desplazamientos porque ya no requiere estar encerrada/o, permitiendo así que sea más proactiva/o en su proceso de recuperación y/o rehabilitación. En esta variante se promueven las actividades de mejora de habilidades personales y sociales, de manera que las personas puedan alcanzar y mantener una mejor calidad de vida e insertarse en la sociedad (OMS, 2001; Knapp et al., 2011).

En relación a la asistencia de este tipo, se indica en general a Phillippe Pinel (1745-1826, en Huertas y Del Cura, 2004) como uno de los primeros médicos (y luego le seguiría su discípulo, Esquirol), ya en el siglo XVIII, en alertar sobre la

necesidad de humanizar el trato a las personas con diagnóstico psiquiátrico, promoviendo entre otras cosas, la liberación de las cadenas de contención que les ponían en los asilos u hospitales. No obstante, también otros como él, desarrollaron en sus respectivas instituciones y establecimientos, una labor médica y humanitaria que desde luego, no puede atribuirse a nadie en exclusiva, sino a todo un proceso que se superpone directamente con el espíritu de la Ilustración, período en el cual se impulsó el desarrollo de la razón por sobre todas las cosas, así como los derechos y la igualdad entre las personas, entre muchos otros 'ideales' de esa época. En este sentido y de acuerdo con Huertas y Del Cura (2004) se tienen antecedentes sobre la experiencia de humanización del tratamiento psiquiátrico, entre otros, con William Battie (1703-1776) en Londres, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) en Florencia, William Tuke (1732-1822) en York, y Joseph Daquin (1732-1815) en Chambéry. Ellos además apostaban a que la recuperación podía ser posible a partir de un tratamiento moral prescindiendo de todas las medidas físicas de contención y reclusión.

Otras experiencias de ese período, que iban un poco en la línea de la desinstitucionalización, fueron el caso de las 'workhouses' u 'open doors' que durante el siglo XIX funcionaron como centros de trabajo, no obstante muy precarios, orientados principalmente a la gente que vagaba por las calles, sin hogar y que generalmente presentaban alteraciones de conducta. En esos lugares podían dormir y comer a cambio de trabajar, en una especie de laborterapia que se pensaba como beneficiosa para calmar las 'inquietudes mentales'. Un ejemplo emblemático de ello fue la Colonia Gheel en Bélgica, que según señala Ferreirós (2007, pág. 72):

El propio Esquirol visitó Gheel el 29 de agosto de 1821 y se mostró sorprendido de que los alienados marcharan libremente por las calles y por el campo, aunque no pareció interesarle mucho el modelo. Estas formas de asistencia permitían que las personas estuviesen en libertad, gestionándose una singular red con familias de la localidad, supervisadas por las autoridades locales las cuales se comprometían a proporcionar hospedaje, comida y buenos tratos [...] Estos sistemas funcionaron igualmente en Escocia y después se incorporó el sistema de la colonia agrícola con apoyo familiar, el que tuvo experiencias en Alemania (Alt-Schreibitz y Uchtspringe), Francia

(Ville Evrard, Sainte-Anné, Dun-sur-Auron), Inglaterra (Exeter, Leicester, Birmingham), Estados Unidos (Newhaven, Crofton), Suiza (Burgholzli, St. Gall) e Italia (Monbello, Monza).

Igualmente otra experiencia destacable se situó en Moscú en 1932 (Naranjo, 2001) cuando se creó el primer hospital diurno para personas con 'trastornos mentales'. El interés inicial de este procedimiento ambulatorio era mejorar la eficiencia de la atención, lo que finalmente trascendió también en ser adecuado para administrar la escasez de recursos existentes, observándose de paso muchos avances en los tratamientos de algunas 'afecciones mentales'.

No obstante este impulso conjunto de experiencias de médicos como Pinel, Esquirol, Batlle o Chiarugi, las work-houses, open-doors y el diurno de Moscú, éstas pueden considerarse como algo bastante excepcional e infrecuente, porque lo mayoritario entre los siglos XVIII, XIX y parte del XX, fue la asistencia dentro de hospitales, asilos o manicomios con amplias medidas de reclusión y contención. Cabe señalar que por muy paradójico que pueda resultar desde una perspectiva actual, la institución del asilo se produjo gracias al impulso abiertamente reformista de los tiempos de la Ilustración, donde hubo amplio consenso en torno al papel rehabilitador que tenía el aislamiento del/a 'paciente' en el proceso de curación. En ese contexto, el asilo era entendido como el símbolo de lo civilizado y del progreso de la medicina, que había dejado de 'maltratar o ignorar' a sus ciudadanas/os 'enfermas/os' o 'dependientes' (Ferreirós, 2007; Bertolote, 2008, Novella, 2008).

Sin embargo el modelo de asilo, hospicio o manicomio, pronto comenzó a mostrar sus fisuras y los principales argumentos que evidenciaban los fallos del sistema, señalaron entre otras cosas, repetidos casos de maltrato a 'pacientes', un aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y de su personal, deficientes sistemas de notificación y contabilidad, mala gestión, administración ineficaz, insatisfactoria asignación de los recursos financieros, falta de formación del personal, e insuficiencia de procedimientos de inspección y control de calidad. Con el paso del tiempo se reconoció así que la institucionalización no sólo no curaba, sino que, en sí misma, generaba más 'enfermedad' y deterioro entre quienes estaban afectadas/os o al menos diagnosticadas/os. Los escenarios del hospicio o manicomio, creaban pésimas condiciones de vida, lo que actualmente

podrían calificarse como auténticas violaciones a los derechos humanos y responsables directas del fomento de la cronicidad (Goffman, 1961; OMS, 2001; Ferreirós, 2007; Novella, 2008; Bertolote, 2008).

En este contexto de críticas fue donde la desinstitucionalización se comenzó a considerar más detalladamente, porque se pretendía superar el modelo de manicomios. La desinstitucionalización suscita así el abandono progresivo de la asistencia en grandes instituciones custodiales, a favor de otra más abierta, horizontal y en la comunidad. Esto fue de la mano con algunos cambios de sectores alternativos de las ciencias psi (Rose, 1989), psicología y psiquiatría, que poco a poco fueron también promoviendo paradigmas sociales y comunitarios en su quehacer (Alfaro, 2000). Existen diversas interpretaciones para situar los inicios de la desinstitucionalización o las razones de su progresiva instalación como forma de asistencia. Recientemente Paulson (2012) escribió un libro en el que reflexiona sobre la desinstitucionalización, las causas y consecuencias de este cambio de paradigma.

Una de las explicaciones más clásicas sobre ello, es la que se reconoce como la explicación 'psiquiátrica convencional' (Novella, 2008), que atribuye el hecho al mejoramiento de los psicofármacos. Esto habría permitido una mayor funcionalidad de las personas, porque ya no era imprescindible mantenerlas encerradas en los manicomios, sino que con la nueva medicación bastaba con un programa de acompañamiento ambulatorio. Esta visión tuvo y tiene aún amplio respaldo dentro del mundo de la psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud (2001), que indica que a partir de los años 50, esto comenzó a delinear una nueva oportunidad para las personas con diagnóstico psiquiátrico. No obstante, hay quienes piensan como Novella (2008) que presentar los fármacos como piedra angular de la praxis terapéutica psiquiátrica, frena el desarrollo de otras áreas, como las sociales, que hoy se reconocen como muy importantes en el tratamiento de salud mental.

Otra interpretación proviene de las perspectivas críticas y de la antipsiquiatría, uno de los movimientos que más abogó por la desinstitucionalización a partir de la década del sesenta. En ese entonces un grupo de psiquiatras entre ellos: Laing (1960), Cooper (1985) y Basaglia (1972), comenzaron a cuestionar los procedimientos médicos que rodeaban el quehacer de la psiquiatría. De este modo fueron denunciando, los tratamientos crueles e

inhumanos que se aplicaban a las personas, como por ejemplo, el electroshock, las cadenas de contención, las camisas de fuerza, el coma insulínico, etc., poniendo igualmente en duda la función del diagnóstico y planteando la idea de acabar con la reclusión permanente de quienes poseían un supuesto 'problema mental'. Es decir, como señala Cabruja (2005), la antipsiquiatría propició:

Realizar diversos intentos de desinstitucionalización, de sacar de las instituciones psiquiátricas a l@s enferm@s y ensayar otras opciones distintas de cura y de integración en la comunidad. Aquí empiezan los cuestionamientos principales de las relaciones de poder que se crean entre especialista y paciente (Cabruja, 2005, Pág. 160).

En relación a ello, Basaglia (1972) establecía que podían darse tres estadios en el proceso de poner fin a la atención manicomial: des-hospitalizar, trans-institucionalizar y desinstitucionalizar. El primero se trataría solo del cierre de los hospitales psiquiátricos; el segundo, sería una práctica ambulatoria pero sin participación de la comunidad, y el tercero, la desinstitucionalización propiamente tal, sería la práctica de la salud como punto de partida, centrándose en involucrar a toda la sociedad, en donde el objeto ya no es lo que se reconoce como 'enfermedad', sino que es la relación de las personas con la comunidad. Ésto último sería lo que él y otros antipsiquiatras defenderían como objetivo central de las críticas hacia el ejercicio de la psiquiatría tradicional. La antipsiquiatría postuló igualmente un cambio radical del concepto de 'locura' o 'demencia' al buscar otras opciones de cura, y de acuerdo con ello Ferreirós (2007):

Aunque los postulados de la antipsiquiatría no fueron ni son homogéneos, puede afirmarse que dos elementos determinaron su aparición: a) Las actitudes conceptuales que planteaban dudas sobre la vigencia del modelo médico de la psiquiatría y que concebían la locura como producto sociogenético y b) las deficiencias asistenciales de las instituciones psiquiátricas, que planteaban la urgente necesidad de modificar esta asistencia acabando con el manicomio-asilo, auténtico productor de trastornos irreversibles (Ferreirós, 2007, p.98).

En general desde la visión antipsiquiátrica no se increpaba la idea de que algunas personas tuviesen ‘problemas emocionales o psicológicos’ o que la psicoterapia no fuese útil, sino que el desacuerdo principal radicaba en donde se situaba el origen de estos problemas, así como por qué había que instituirlos como enfermedad, desarrollando además opciones coercitivas para enfrentarlas. La antipsiquiatría como señala Cabruja (2005) también cuestionó las relaciones de poder que se daban entre especialistas, psiquiatras y terapeutas de un lado y ‘pacientes’ del otro, al considerar que era mejor establecer un vínculo horizontal entre las partes (Basaglia, 1972; Cooper, 1985).

Como toda corriente crítica, la antipsiquiatría fue difícil de definir y de aceptar en los círculos médicos. Se le cuestionaba que si bien proponía estrategias de intervención más sutiles, igualmente sus métodos tenían un carácter coercitivo, pero más encubierto. Se decía que la antipsiquiatría tampoco buscaba alterar sustancialmente la autoridad de la acción psiquiátrica, ni cambiar la ‘indefensión’ de las personas diagnosticadas ante la intervención de las/os profesionales en sus vidas. Las reformas que estos médicos contribuyeron a provocar también fueron motivos de debates y desacuerdos entre ellos mismos. Muchos desconfiaron desde un principio con los programas de reforma, porque los consideraban como un simple intento de recontextualizar la institución psiquiátrica sin cambiarla en lo esencial. Con todos estos debates, finalmente existe cierto consenso para indicar que el movimiento favoreció la instalación de una forma más humanitaria de aproximación a las ‘afecciones mentales’ (Szasz, 2007).

Al menos, así lo destaca García (1995), cuando indica que las intervenciones fundadas en el pensamiento crítico al menos han permitido por ejemplo, reflexionar en torno a lo que significa la locura, tanto para quien la sufre, como para las instituciones que se crean para su sostén; también, incidir en la disminución de prejuicios hacia la locura, criticar a la psicopatología clásica y métodos psiquiátricos tradicionales, reflexionar en torno a las delimitaciones que establecen los conceptos de diagnóstico, pronóstico y terapéutica, también, ampliar la crítica a lo que se entiende por ciencia y a la dicotomización de lo humano, repensar en la visibilización e inclusión de quien investiga en los estudios, debatir sobre las contradicciones de la práctica, conferir importancia a las relaciones humanas,

sociales y replantearse el trabajo terapéutico de acuerdo al contexto, apartándolo de todo poder fáctico.

En relación a ello Cabruja (2005) señala que a pesar de ello y de los cambios que implicó el movimiento y los planteamientos críticos de la antipsiquiatría, hoy en día lo que se evidencia es que:

La política de sector evoluciona con gran lentitud y, de hecho, muchos aspectos permanecen sin grandes cambios. El tratamiento de las “enfermedades mentales” continuará siendo prácticamente el mismo; por un lado, los marginados “totales” permanecerán internados y, por otro, los que puedan serán recuperados para el sistema productivo (Cabruja, 2005, Págs.160-161).

De todas manera, queda para el análisis, la necesidad de insistir en la deconstrucción de la psicopatología, así como también, de las miradas más medicalizadas, criminalizadas y judicializadas que generalmente están más asociadas a un pensamiento médico psiquiátrico asilar-clásico. Lo que se rescata de esta plataforma de críticas, es su gran aportación a la psicología crítica y a su capacidad para introducir la duda y el debate en este tema que no puede ser evaluado desde un solo ángulo o mirada (Brêda, 2006).

Otra versión que señala también cómo surgió la idea de desinstitucionalizar la salud mental, es la sugerida por el sociólogo e historiador de la medicina Scull (1977), quien señala los problemas que empezó a mostrar particularmente en los Estados Unidos y el Reino Unido. Para Scull (1977), los motivos realmente decisivos en la implementación de las reformas psiquiátricas fueron de carácter económico, porque observó el completo abandono de la población diagnosticada. En este contexto él sostenía que la mayor parte de las personas desinstitucionalizadas o excarceladas habían sido, en realidad, dejadas a su suerte, porque la gente finalmente buscaba alternativas a la institución que habían dejado. Esto les facilitaba incorporarse a nuevos guetos de marginalidad, que eran en sus palabras ‘auténticos sumideros de miseria humana’, donde muchas personas se degradaban aferradas a la caridad social. En su análisis sobre la motivación económica de la desinstitucionalización, Scull (1977) pensaba que por un lado, los nuevos seguros de invalidez y las prestaciones sociales introducidas por los Estados de Bienestar

en la posguerra, habrían facilitado por primera vez que muchas personas residentes de los asilos, pudieran subsistir fuera de las instituciones, con lo que los modos segregatorios de control social se volvieron más onerosos y difíciles de justificar, y por otro lado, la expansión del gasto público que estaban experimentando entonces los Estados occidentales, habría provocado una crisis fiscal que llevó a los gobiernos a decidirse por alternativas menos costosas para la población 'dependiente'. Igualmente él criticaba, a diferencia de lo que pretendía la retórica oficial, que el núcleo de las reformas no debía verse en el desplazamiento del foco de intervención psiquiátrica hacia la comunidad, sino en el rechazo absoluto del asilo, al que veía como un 'sistema de control segregatorio basado en instituciones', que debía desaparecer para ofrecer una asistencia social y humanitaria más comprometida por parte de la sociedad (Szasz, 2007).

Otro punto de vista sobre este tema, es el que aporta Warner (2008, en Novella, 2008) quien señaló que el elemento clave en la transformación de la asistencia psiquiátrica no fue solamente el ahorro de costos, sino ante todo, el desarrollo del mercado laboral y la evolución de la demanda de fuerza de trabajo a partir de la Segunda Guerra Mundial, especialmente en el Reino Unido y en otros países del norte de Europa. Esto habría forzado y puesto en marcha un doble programa de cambio de las instituciones psiquiátricas, destinado a incluir en el mercado laboral a todas las personas 'rehabilitables' y capaces de trabajar. Para este objetivo fue entonces que se extendieron diversas estrategias de rehabilitación y tratamiento en la comunidad, junto con una política de ingresos hospitalarios cortos y una marcada liberalización en el manejo de los mismos (Lenoir, 1974).

En cambio para Castel, Castel y Novell (2008, en Novella, 2008) la reorganización institucional de la psiquiatría se debió ante todo, a la expresión de un proceso de psiquiatrización o psicologización que correspondería a un último estadio en el desarrollo de la cultura de la subjetividad y de las estrategias para el mantenimiento de la conformidad social impuestas por la sociedad, más basadas en el control por parte del yo que en la coacción o represión externa. En este sentido la meta ya no consistiría en curar o en mantener la salud, sino en corregir desviaciones y maximizar la funcionalidad de una persona (Rose, 2007).

Otro investigador, Forster (2000), sustenta que la desinstitucionalización tiene lugar porque en el ámbito nuclear de la psiquiatría, la medicalización se había intensificado y se acercó a patrones comunes de la asistencia médica general. Al mismo tiempo, se habría producido una desmedicalización parcial en todos aquellos ámbitos en los que la psiquiatría no era lo suficientemente eficaz o donde su imagen se hallaba dañada, como en los casos de cronicidad, discapacidad, y también en el caso de los trastornos leves y la atención psicoterapéutica, donde la psiquiatría no había podido establecer su monopolio. Para este autor, la desinstitucionalización tendría que verse por tanto, como una medicalización intensiva, integrada y legitimada. En su opinión, todo era el resultado de una particular confluencia de intereses profesionales, razones de conveniencia política y búsqueda de beneficios por parte de la industria farmacéutica altamente interesada en que sus productos continuaran viéndose como el centro de los progresos en psiquiatría (Desviat, 2007).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001, pág. 49) señala que la desinstitucionalización pudo desarrollarse más notoriamente gracias a tres factores:

- Los progresos de la psicofarmacología especialmente de los neurolépticos y antidepresivos, con la introducción de nuevas formas de intervención psicosocial.
- El movimiento de Derechos Humanos, posterior a la Segunda Guerra Mundial bajo el patrocinio de las Naciones Unidas, intentando que la democracia progresara a escala mundial. Como resultado de todo ello, existen en la actualidad algunas leyes y acuerdos internacionales que han heredado este propósito. De esta forma se cuenta con la Declaración de Caracas (Venezuela 14 de noviembre de 1990), también con los 'Principios para la protección de Personas con Enfermedad Mental' (1991, Organización de las Naciones Unidas-ONU), la 'Recomendación de la Comisión Interamericana de DDHH sobre promoción y protección de derechos de personas denominadas con discapacidad mental' (2001, Organización de los Estados Americanos), y la 'Convención internacional para proteger y promover los Derechos y la Dignidad de las Personas con discapacidad' (2007, ONU).

- La incorporación del concepto de Salud Mental en la definición de salud por la recién creada Organización Mundial de la Salud en 1948.

Desde este punto de vista, la desinstitucionalización se comprende como un cambio que responde a la contingencia de avances en derechos humanos, al consenso de conceptos esenciales para lograr los objetivos y la incorporación de nuevas tecnologías en los fármacos. Luego de un extenso período de atención cerrada la OMS (2001, 2004) advertía que las sociedades de Occidente están enfrentadas al desafío de realizar un mejor tratamiento de salud mental en esta línea (OMS, 2001, pág. x):

El mensaje de la OMS es muy sencillo: la salud mental –a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece– es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva. La Asamblea General de las Naciones Unidas, que este año celebra el décimo aniversario de la aprobación de los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, se ha unido a nuestro llamamiento. Considero que el Informe sobre la salud en el mundo 2001 viene a reafirmar esos principios de las Naciones Unidas. En el primero de ellos se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Con arreglo a otro de esos principios, toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad. Y un tercer principio establece que todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos limitador posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y perturbador posible (OMS, 2001, pág. x).

Según Minoletti, (2005); Vicente et al., (2007); Novella, (2008); Florenzano (2008) y Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon (2012) la mayoría de países occidentales siguen eficientemente estas sugerencias de la OMS (2001), que se basa a su vez en la evidencia e investigación de las ciencias psi –psiquiatría y psicología– (Rose, 1989), y de las ciencias sociales. Así es como hoy en día se aprecia la tendencia de desinstitucionalizar principalmente en Europa, Canadá,

Estados Unidos y Latinoamérica, donde las investigaciones de Van Amerongen (2011), Kielland (2010), Alvarado et al. (2012) y Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon (2012) indican que su implementación, especialmente como política pública, es un desafío permanente de diseño, consenso, participación y adecuación a la particularidad de cada persona, entorno, comunidad y sociedad. Por lo mismo, ha de realizarse con mucha cautela. La desinstitucionalización de acuerdo a la OMS (2001, p. xvi) no puede convertirse de súbito en una des-hospitalización, por lo que su implementación se recomienda siempre y cuando:

- Exista dotación de medios comunitarios
- La preparación para el reintegro a la comunidad de personas institucionalizadas por largo tiempo
- El establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para quienes no están institucionalizadas.

Si no están dadas estas condiciones, la desinstitucionalización podría ser contraproducente para un tratamiento cuyo énfasis es impulsar a que las personas gestionen su protagonismo en el manejo de sus síntomas o malestares.

En relación a cómo se ha ido implementando la desinstitucionalización, autores como Rotelli, Leonardis y Mauri (2001) consideran que es importante notar cómo ésta ha sido utilizada para distintos propósitos, dependiendo del contexto cultural y político de la reforma que la sostenga. Esto explica las diferentes trayectorias que han tomado las reformas en todo el mundo, si hacemos comparaciones entre Europa, Latinoamérica o Norteamérica. Brêda (2006) indica que según el discurso asumido, la desinstitucionalización puede desarrollar diferentes vías en su organización:

- A los reformistas les permitió renovar la capacidad terapéutica de la Psiquiatría.
- Para los grupos técnicos y políticos radicales, simbolizó la abolición de todas las instituciones de control social, en la línea de la antipsiquiatría.
- En cuanto a los administradores, fue asumida como un programa de racionalización financiera y administrativa, que se tradujo en la reducción de camas hospital.

De este modo y como bien ya señala Novella (2008) el debate sobre la desinstitucionalización reproduce algunas de las tensiones esenciales que atraviesan la historiografía psiquiátrica/psicológica y la sociología de la ciencia, por lo que no se puede aventurar una explicación satisfactoria de los procesos de reforma psiquiátrica, sin un mínimo análisis histórico y sociológico de los periodos involucrados, es decir, es importante reflexionar en torno a los requisitos impuestos a los dispositivos de salud mental, por parte de un orden social y cultural que fue cambiando y que sigue transformándose hasta el día de hoy.

LOS RECORRIDOS DE LA SALUD MENTAL EN OCCIDENTE

En cuanto al concepto de salud mental éste es relativamente nuevo. Luego de la Segunda Guerra Mundial, su significado fue transformándose en la misma línea de lo que detalla Foucault (1986) en 'Historia de la locura en la época clásica', sobre cómo las construcciones sobre locura (demencia, sinrazón) van cambiando de acuerdo a los paradigmas imperantes, para pasar finalmente a denominarse 'enfermedad mental' (trastorno mental, discapacidad psíquica) y cuál ha sido el trato que ha dado la sociedad durante estos procesos, a las personas que son diferentes, extravagantes o que simplemente no se ciñen a lo esperado. En la configuración de salud mental han sido cruciales la participación de las ciencias de lo mental: la psicología y la psiquiatría, pero desde mucho tiempo antes, la medicina. Como objeto científico por tanto, lo mental, se ha ido consolidando como tema, al mismo tiempo que han ido instalándose y perfilándose las ciencias médicas, psiquiátricas y psicológicas (Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992).

Lo que en la actualidad se entiende por salud mental encuentra sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, que se fomentó más en los Estados de Bienestar después de la Segunda Guerra Mundial. Si bien se pueden encontrar referencias a la salud mental en tanto estado mucho antes del siglo XX, hasta 1946 no se encuentran referencias técnicas a este concepto ya sea como campo o disciplina. Antes de esa fecha, más bien se encuentran alusiones al concepto de 'higiene mental' que se entendía como todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental (Ferreirós, 2007; Novella, 2008).

El origen del movimiento de higiene mental comenzó en EE.UU, con la creación de la National Commission of Mental Higiene en 1908 (Mental Health

America, 2013), que posteriormente debido a la internacionalización de sus actividades, dio lugar al establecimiento de algunas asociaciones en Francia, Sudáfrica, Italia y Hungría. A partir de estas asociaciones nacionales, se creó el Comité Internacional de Higiene Mental, que posteriormente fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental. En sus orígenes, el movimiento se dedicaba básicamente a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales. En una fase posterior, el Comité amplió su programa para incluir las formas más leves de 'discapacidad mental' y una mayor preocupación por la labor preventiva (Novella, 2008).

En ese contexto, durante el año 1946, la International Health Conference celebrada en Nueva York, decidió fundar la Organización Mundial de la Salud (OMS), referente global en salud hasta nuestros días. Desde sus inicios, este organismo siempre ha tenido una sección administrativa dedicada especialmente a la salud mental, en respuesta a las demandas de sus Estados Miembros. Casi en paralelo, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) proclama en 1948 la 'Declaración Universal de Derechos Humanos', y la Organización Mundial de la Salud, establecida ya como coordinadora de la acción sanitaria, explicita su compromiso con la salud y bienestar integral de las personas (ONU, 2007; OMS, 2013). A partir de ese momento, se comprende que la salud mental es parte de los objetivos de trabajo para resguardar la integridad de las personas.

Hasta bien entrada la década del sesenta, se observa el uso indistinto de los conceptos de higiene y salud mental. En el preámbulo de la Constitución de la OMS, se estableció que 'la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad' (OMS, 2013). Esta definición es ampliamente valorada hasta ahora, porque es integral y supera las dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida que incorpora a la medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX (Novella, 2008).

La Mental Health America (2013) señala que posteriormente, la British National Association for Mental Hygiene organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en agosto de 1948 en Londres. Esta que se había iniciado como Conferencia Internacional de Higiene Mental, definitivamente terminó en una serie de

recomendaciones para la salud mental. A lo largo de las conferencias, se apreciaba como se utilizaban los términos de higiene y salud, en ocasiones hasta en el mismo párrafo, sin ninguna distinción conceptual clara. Al final del congreso, el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health. Además de los cambios de la terminología utilizada en las conferencias de ese congreso, algunas de sus recomendaciones tuvieron influencia en otros ámbitos y contextos. Un ejemplo de ello, fue la recomendación para que la OMS estableciera, lo antes posible, un comité de expertas/os compuesto por personal del campo de la salud mental y las relaciones humanas. Así rápidamente se convocó una nueva conferencia bajo el lema Salud Mental y Ciudadanía del Mundo. No obstante, desde un punto de vista conceptual, y quizás como reflejo de la situación de posguerra, prevalecieron en ese encuentro las discusiones sobre la ciudadanía mundial frente a aquellas sobre la salud mental. En la sesión de clausura, y respondiendo a las críticas de que, la higiene mental tal como se entendía en esa conferencia, rebasaba el marco médico y científico, se planteó una declaración claramente política que defendía que la ciencia debía estar más al servicio de la humanidad que a su desarrollo en sí misma. En este contexto se pueden apreciar las tensiones que se dieron en ese momento entre un enfoque pragmático, desarrollado por el movimiento de higiene mental (básicamente defendido por los delegados de EE.UU.) y un enfoque con una orientación más política, propuesto por el resto de participantes, quizá traduciendo las experiencias de gente de los países europeos que habían sufrido gravemente por la reciente Guerra Mundial. Finalmente, prevaleció este último enfoque, con la transformación del movimiento de higiene mental en un movimiento de salud mental.

Tras medio siglo de salud mental y casi un siglo de movimientos de higiene mental, ya puede percibirse un cierto desarrollo y consenso en torno a los temas. Es así como en 2001, la OMS dedicó su 'Informe Anual' a la Salud Mental, definiéndola como:

La salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Es un estado de bienestar por medio del cual, los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Es la

posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2001, p.3).

En ese mismo año 2001, el lema del Día Mundial de la Salud fue ‘Sí a la atención, no a la exclusión’, una declaración política bastante clara, que se resume en tres principales campos de conocimiento que aparecen en el documento: a) eficacia de la prevención y el tratamiento, b) planificación y provisión de servicios y políticas para eliminar estigmas y discriminaciones, y c) subvenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento (OMS, 2001, Novella, 2008). Esto fue una clara apuesta política por la salud pública, que se organizaba en dos ideas principales: la primera, la de quienes planificaban los sistemas sanitarios que pensaban que al limitar la morbilidad se reduciría el costo anual de los servicios de salud; y la segunda, de quienes estaban por una tendencia más salubrista, que creían que la aplicación de políticas de salud disminuiría la incidencia de enfermedades. De este modo, el objeto de atención en salud pública se amplía gracias a una idea de ‘enfermedad’ sobre todo en las neurosis, que explicaba la reacción de alguien ante el medio social más que a la de procesos patológicos específicos (De la mata y Ortiz, 2007).

A partir de ello se fueron dando más condiciones para que la salud mental estuviese en el foco de interés de políticas y organismos internacionales, señalándose que la atención debía incluir el respeto por los derechos humanos, los cuales estaban muy cuestionados en los sistemas manicomiales. Esto ayudó para que se diera amplio respaldo a las corrientes que abogaban por la desinstitucionalización de la asistencia, para lograr así una mejor integración social y mayor bienestar de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Pero además junto con ello, se empieza a impulsar todo lo que implicaba el trabajo comunitario. De la importancia de ello dió cuenta por ejemplo, el Director General de Sanidad de los Estados Unidos en el año 1999 (OMS, 2001, p. 54):

A pesar de la eficacia de las opciones de tratamiento y de las muchas maneras posibles de obtener un tratamiento idóneo, casi la mitad de los estadounidenses que padecen una enfermedad mental grave no solicitan tratamiento. Lamentablemente, en la mayoría de los casos la renuencia a pedir atención es el resultado de obstáculos muy reales.

El más importante de esos obstáculos es el estigma con que muchas personas de nuestra sociedad marcan la enfermedad mental y a quienes la padecen. En resumen, el último medio siglo ha visto evolucionar la asistencia hacia un paradigma de atención comunitaria. Ello se basa en dos pilares fundamentales: el primero es el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales, y el segundo es el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas. En los mejores casos, esto se ha traducido en un proceso responsable de desinstitucionalización, apoyado por profesionales sanitarios, consumidores, familiares y otros grupos progresistas de la comunidad (OMS, 2001, p.54).

De este modo, se puede decir que el tema de la salud mental se ha debatido entre un campo clínico-médico-biológico versus otro campo definitivamente social, comunitario y psicológico, lo que en líneas generales, han sido los ámbitos de discusión tanto de teoría como de intervención (Alfaro, 2000; Bertolote, 2008; Novella, 2008; Rose, 2007). En tal sentido, es importante analizar la definición de la OMS (2001) sobre salud mental que cité anteriormente, porque da una idea desde dónde se habla y qué se busca como objetivo. Concretamente, señalar qué es la salud mental implica mencionar 'enfermedad mental'. Y esto no es casualidad, porque desde el momento en que el estudio de la 'enfermedad mental' quedó hace bastantes siglos en manos exclusivas de la ciencia médica, parece ser que asumimos explícita e implícitamente el binomio salud/enfermedad, sin mayor duda ni reflexión, de modo que se acepta como una verdad universal. En este contexto, y si hacemos una paráfrasis de la definición de salud mental, para la OMS (2001) la 'enfermedad mental' sería 'carecer' de las habilidades para sentir bienestar subjetivo, no ser autónoma/o, ni competente, no hacer frente al estrés, no trabajar productivamente ni contribuir a la comunidad. De este modo, aquí hay una alusión directa de qué es lo que se espera de quienes formamos comunidad y/o sociedad. Por tanto, toda persona que se aleje de esta definición queda inmediatamente marcada, hasta el punto de ser considerada carente e invalidada para participar del tejido social.

A esto se agrega que desde la psicología y la psiquiatría, las ciencias psi (Rose, 1989) se incorporan otras tipologías, síntomas y signos sobre lo que significa la falta de cordura que también puede señalarse como la permanente inestabilidad

de alguien a nivel emocional, conductual, social, etc. De acuerdo con González y Pérez (2007), estas tipologías se reúnen en sendos manuales de clasificación de salud, como lo son el DSM, el Manual Diagnóstico y Estadístico de 'enfermedades mentales', actualmente en su 'V' versión (Pichot et al., 1995) y el CIE, la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud, actualmente en su décima versión, que actúan como verdaderos estándares de ser y actuar. El DSM (Pichot et al., 1995) se creó con el propósito de racionalizar y limitar el objeto de la atención psiquiátrica mundial definiendo las enfermedades de acuerdo a parámetros estadísticos de síntomas. Es un instrumento de diagnóstico y evaluación, cuya versión actual es el DSM-V, establece diversas tipologías mentales observadas y consensuadas en los círculos médicos de países occidentales. Las clasificaciones psiquiátricas del DSM se realizan por aprobación entre comités de expertas/os donde no está ajena la influencia de la industria farmacéutica. No obstante su objetivo inicial de racionalizar y limitar el objeto de la atención, se ha provocado en cada versión nueva un incremento sustancial de las categorías, desde 106 trastornos en el DSM-I de 1952, se ha pasado a 357 en el DSM-IV de 1994 (De la Mata y Ortiz, 2007). Esto ha producido una disminución del umbral diagnóstico que ha llevado en los últimos años a sobrediagnosticar 'trastornos mentales', incluidas la depresión y las fobias, entre otras.

En este escenario de lo que ha sido llamado salud y enfermedad mental, se han creado y ejecutado unos procedimientos específicos, es decir, unos tratamientos dirigidos a restablecer la salud de las personas cuando son diagnosticadas con estas clasificaciones que hoy son sinónimos de problemas. Para enfrentar esto en la actualidad se comprende que una buena salud mental es posible de fomentar en la actividad social y comunitaria, de modo que se propicie un entorno favorable a las personas que requieren elevar su bienestar y a esto es lo que apuntaría la desinstitucionalización en salud mental. Esta visión que se ha denominado como 'comunitaria' de la salud mental, ha sido uno de los pilares programáticos de la desinstitucionalización, a tal punto que hoy es posible hablar mucho más de salud mental comunitaria, psiquiatría comunitaria y/o psicología comunitaria (Desviat y Fernández, 2000).

De las tres mencionadas, la psicología comunitaria es la praxis pionera que ha influido para que se involucre este estilo, tanto a la salud mental, como a la psiquiatría. El origen de la psicología comunitaria se remonta a los años 60 y 70,

surgiendo tanto en Europa como Estados Unidos, formando parte de las plataformas que propiciaban que la salud mental pudiera ser tratada en la comunidad. De acuerdo a Alfaro (2000) la psicología comunitaria se distinguiría por su estrategia de trabajo dentro de los sistemas sociales, en niveles de preferencia promocionales y preventivos y por medio de una relación participativa con las/os destinatarias/os, en donde el eje del quehacer está puesto en el saber de la propia comunidad. Conjuntamente se impulsaba el desarrollo de experiencias de innovación en salud mental, así como el cuestionamiento de formas de intervención como la psicoterapia y el hospital psiquiátrico, y el diálogo e intercambio con nuevos campos técnicos y conceptuales (Alfaro, 2000; Desviat y Fernández, 2000).

Posteriormente con la experiencia de sectorización (Hochmann; 1971 en Alfaro, 2000) desarrollada en Francia, que implicó entre otras cosas, que cada servicio de psiquiatría público debía empezar a relacionarse con un sector geográfico determinado, se animó aún más la idea de producir dispositivos comunitarios para la atención de salud mental. Esta modalidad empujó a que los equipos de salud mental conocieran más en profundidad los territorios sobre los que trabajaban, así como las características de cada población a la que accedían. Igualmente se considera importante para la incorporación del estilo comunitario al trabajo en salud mental, el desarrollo más preciso de la epidemiología, de la farmacología, la guerra contra la pobreza, así como la política de Alianza para el Progreso dirigida hacia América Latina y el movimiento de salud mental comunitaria iniciado en Estados Unidos (Alfaro, 2000; Parker, 2008).

Estas experiencias fueron las que traspasaron finalmente todo el campo disciplinar de las ciencias psi, a tal punto que hoy en día son áreas de especialidad, en donde se forman las/os profesionales de salud para poder trabajar con las personas de forma más integral, teniendo en cuenta que la comunidad en donde se desarrolla una persona es fundamental para alcanzar y mantener el bienestar que se requiere, pudiendo involucrar múltiples conceptos asociados como la igualdad social, la auto-determinación y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios (Alfaro, 2000; Montero, 2010, Montero y Serrano, 2011).

Para la OMS (2001) la atención comunitaria en salud mental persigue la habilitación de las personas con diagnósticos psiquiátricos. En la práctica, esto implica desarrollar una amplia gama de servicios de ámbito local, en donde la

prevención y el tratamiento debieran ser íntegramente asumidas por la comunidad, impidiendo que se perpetúen los aspectos negativos de las instituciones, en un esquema parecido a lo siguiente (OMS, 2001, p. 50):

- Servicios situados cerca del domicilio, incluidos atención hospitalaria general para ingresos agudos, y residencias para estancias largas en la comunidad.
- Intervenciones relacionadas con las 'discapacidades' y con los 'síntomas'.
- Tratamiento y asistencia específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada persona.
- Una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de las personas con diagnóstico psiquiátrico.
- Servicios coordinados entre los profesionales de salud mental y los organismos comunitarios.
- Servicios ambulatorios, incluyendo los que permitan el tratamiento a domicilio.
- Cooperación entre y con las/os cuidadoras/es y respuesta a sus necesidades.
- Legislación en apoyo de la red comunitaria.

En resumen, en cuanto se estableció el fin del debate higiene/salud mental, se asume que una comprensión integral del concepto que involucre a la familia y a la sociedad como red de soporte, son fundamentales para alcanzar el bienestar que la OMS (2001) describe como objetivo a lograr. En este proceso, la psicología comunitaria ha hecho grandes aportaciones al estilo de trabajo y a la forma de intervenir y participar en un programa de salud mental (Montero y Serrano, 2011), lo cual es el espíritu que se intenta transmitir en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

MARCO POLÍTICO DE LA SALUD MENTAL Y LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

¿En qué escenarios políticos se mueve actualmente la salud mental y la desinstitucionalización? Actualmente vivimos en el contexto del modelo neoliberal, que inició su camino de consolidación desde los años sesenta del siglo pasado, una vez pasados los tiempos de la Gran Depresión en Estados Unidos y la Segunda Guerra Mundial en Europa (Délano y Traslaviña, 1989; Klein, 2008; Askenay et al. 2011).

Desde entonces, las políticas de bienestar se empiezan a desarrollar como elementos indispensables de la consolidación de los Estados Sociales y de los Sistemas Públicos de Asistencia Sanitaria. En esos momentos en que la reconstrucción era una prioridad, existía una permanente tensión con un sector que veía reflejados sus anhelos en un grupo de economistas de la Escuela de Chicago que promovían lo que iba a ser un renovado paradigma económico. A través del libro 'Capitalismo y Libertad' de uno de sus mentores, Milton Friedman, alcanzarían difusión planetaria las ideas del libre mercado (Klein, 2008):

La revolución keynesiana contra el laissez-faire le estaba saliendo muy cara al sector privado. Lo que hacía falta para recuperar el terreno perdido era una contrarrevolución contra el keynesianismo, un retorno a una forma de capitalismo que tuviera incluso menos trabas que el capitalismo de antes de la Gran Depresión (Klein, 2008, p. 92).

El neoliberalismo en cuanto a economía centra sus ideas en potenciar la propiedad privada individual, reducir el tamaño y la intervención del Estado, así como privatizar y descentralizar la actividad económica social y fomentar un rol preponderante del mercado, libre de distorsiones e interferencias en todas las actividades humanas. En relación a lo social, este modelo impulsa la minimización de las organizaciones sociales, para impedir que su acción sobre el Estado distorsione la acción del mercado. En el plano político, el sistema vigila que sus estrategias de desarrollo y las políticas económicas permanezcan inalterables, independientemente de quien esté en el poder (Délano y Traslaviña, 1989).

Es el modelo que sustenta que los gobiernos deben eliminar todas las reglamentaciones y regulaciones que dificulten la acumulación de beneficios, así como vender todo activo para que pueda ser operado por una empresa y recortar lo más posible los fondos asignados a programas sociales. Desde esto se deriva que los impuestos deben ser bajos, donde ricos y pobres paguen la misma tasa fija y que las empresas puedan vender sus productos en cualquier parte del mundo. En este contexto, todos los precios, incluidos el del trabajo, deben ser establecidos por el mercado y el salario mínimo ojalá no pudiera existir. De este modo, como supuestos de cosas a privatizar para agilizar estos procesos, Milton Friedman proponía la sanidad, la educación y las pensiones, entre otros:

Aunque embozada en el lenguaje de las matemáticas y la ciencia, la visión de Friedman coincidía al detalle con los intereses de las grandes multinacionales, que por naturaleza ansiaban nuevos grandes mercados sin trabas (Klein, 2008, p. 94).

En esta trama en la que se desarrolla el nuevo capitalismo, poco a poco el Estado da paso al Mercado, aún cuando este desarrollo tarda más en llegar a Europa (Desviat, 2007). Por su parte en Estados Unidos y Latinoamérica se institucionaliza todo un sistema de expertos repartidos en distintas agencias del Estado: Economía, Salud, Educación, etc., donde comenzaron a instalar el sello neoliberal. El nuevo orden económico, desarrolla también una cultura en la que lo individual prima sobre los procesos colectivos, lo que promueve una exitosa desarticulación de las redes sociales de contención, que antaño pudieron ser más protagonistas de lo que ocurría en la sociedad (Desviat, 2007).

La salud en este sentido, pasa a ser obviamente un objetivo de las prácticas neoliberales. Esto coincidió con el momento en que empezaron a desarrollarse más técnicas y especializaciones en la medicina, que en el caso de la salud mental, fue el desarrollo explosivo de la psicofarmacología (Rose, 2006). Tomado como indicador de progreso, la modernización de los fármacos en los tratamientos de salud mental, resultó en una medicalización activa y positiva de las prácticas psiquiátricas, que ayudaron a remitir por tanto los tratamientos asilares considerados a esa altura como peligrosos e inhumanos (González, 2007).

Este denominado avance en la psiquiatría coincide en el tiempo con esa implícita tensión que existía entre quienes abogaban por los Estados de Bienestar v/s con los que pedían una liberalización de las administraciones públicas. La psicofarmacología en este escenario, fue avalada tanto por un Estado garante del derecho social de la salud, como por un libre mercado que comenzó a transmitir la idea que podía ser muy fácil alcanzar de manera rápida y efectiva, la solución a todos los malestares psíquicos (González, 2007). La salud en definitiva, no pudo escapar de estos procesos mercantiles, puesto que se fijaron en ella todos los elementos destinados a hacer más efectivo el desempeño humano, como por ejemplo, mantener la salud en base a medicamentos, rechazando todo lo que puede ofrecerse como alternativa a este modelo. En esta línea, la salud se transformó en objeto de consumo y fuente de valor social, con el resultado de ser un generador de necesidades (González y Pérez, 2007).

Estas nuevas formas de capitalismo tendieron a convertir la totalidad de la vida en objeto de lucro y se validó incuestionablemente este funcionamiento del sistema. Así una de las estrategias para poder alcanzar mayores beneficios, fue ampliar la oferta asistencial en salud mental con la creación de una nueva demanda, donde surgió la idea de que el malestar, la intimidad y los sentimientos, se podían rentabilizar con potenciales clientes consumidores de psicofármacos y terapias psicológicas (De la mata y Ortiz, 2007).

En este contexto, señalan los autores García, (1995); Desviat, (2007); De la Mata y Ortiz (2007), Rose (2006) y Parker (2008) la salud resultó un interesante campo para ampliar horizontes económicos convirtiéndose en los países desarrollados en una de las actividades más lucrativas. Al transformarse la salud en objeto de intercambio económico, la industria farmacéutica, las empresas sanitarias y los sectores profesionales resultaron ser muy beneficiados por las 'enfermedades mentales', siendo parte activa en la construcción de las necesidades de asistencia. Se pasó por tanto, de la venta de fármacos a la comercialización de enfermedades, en donde en su mayoría se controlan por compañías privadas. De este modo hoy actúan auspiciando a las/os médicos para que aboguen por sus productos, devenidos en panacea. Igualmente los estudios e investigaciones sobre fármacos se realizan por tanto, en función de la rentabilidad del mercado, y no de lo que requiere la población (González y Pérez, 2007).

Consecuentemente a esto, la psiquiatría y la psicología se hallan permanentemente en la vida de las personas, lo que se conoce como psicologización de la vida cotidiana (Rose, 2007) en donde predomina un discurso centrado en lo que pueden ser problemas que requieren tratamiento, terapias y fármacos. En este contexto, la psicología y la psiquiatría mainstream fueron estructurando una forma de ser en el mundo, ajustada a estos valores neoliberales que se asumió en la sociedad como una verdad inapelable, ayudadas también por la tecnificación y la especialización de estas ciencias (Parker, 2008). En este escenario más neoliberal, se tiende a descontextualizar el dolor y el sufrimiento, construyéndolos como 'enfermedades' que necesitan de un apoyo externo técnico-sanitario. Así un malestar, toma otro significado, porque se normaliza en virtud de un diagnóstico y un tratamiento, dejándoles nula agencia a las personas (Cabruja, 2005).

Considerando que este modelo se ha replicado en diversos planos de la vida personal y social, quienes se muestran partidarias/os del neoliberalismo señalan por ejemplo, mayor eficiencia y libertad para los emprendimientos productivos en forma de lucro parcializado, mientras que sus detractoras/es, indican una hegemonía de tales proporciones, que impide el desarrollo de otras alternativas que no busquen el lucro, o que al menos, permitan desarrollarse fuera de lo que implica un emprendimiento productivo (Askenay et al. 2011).

La desinstitucionalización por tanto, se desarrolla en medio de este panorama, en donde se aplican las nuevas propuestas de enfrentamiento de la asistencia en salud mental, un contexto que piensa otra forma de atención para las personas con diagnóstico psiquiátrico, más humana, solidaria y menos estigmatizante, curiosamente en estos contextos neoliberales.

SALUD MENTAL EN CHILE: TRAYECTORIAS Y ENFOQUE

En relación a la salud mental, los estudios de prevalencia en Chile (Vicente et al., 2007) muestran que los problemas psiquiátricos ascienden a un 36% en el país, llegando a ser parte del 15% del total de 'Años de Vida Saludable Perdidos por Enfermedad', (índice AVISA) indicador por el cual se rige el Ministerio de Salud para focalizar políticas de intervención (Ministerio de Salud, Minsal, 2013).

Frente a esta situación y ya a partir de los años noventa con el retorno a la Democracia en el país, se comenzaron a tomar medidas específicas para disminuir estos índices. Durante esa primera década de iniciativas, Chile adscribió a la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1991, Organización Panamericana de la Salud: Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 noviembre de 1990), cuyos principios abogaban por el resguardo de los derechos humanos de las personas que tenían un diagnóstico psiquiátrico y que recibían algún tipo de tratamiento, promoviendo una forma de atención con soporte en la comunidad.

En este sentido Minoletti y Zaccaria (2005), señalan que los valores y principios enunciados en esta Declaración de Caracas, se destacaron por tener una gran 'fortaleza ética, humanista y motivacional' (p.1), convocando a muchas/os profesionales, técnicos, personas con diagnóstico psiquiátrico y sus familiares. Así esta declaración fue un referente para la formulación de muchos planes nacionales de salud mental en Latinoamérica, entre los cuales se encontraba Chile.

Desde ese entonces, se aplicaron en el país una serie de estrategias de salud pública, agrupadas en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría a través del Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000 respectivamente. Con el primer plan, se introdujeron las primeras prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el siguiente, promocionando principalmente la disminución de la discriminación. Con el segundo, se estableció un modelo más elaborado de red de atención y de actividades para los problemas prioritarios, en base a las líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) en su 'Informe sobre la salud en el mundo' (2001), que incluían, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales (Minoletti y Zaccaria, 2005; Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012). De esta forma se estableció un modelo de intervención centrado en la atención ambulatoria, con enfoque biopsicosocial y apoyo de la comunidad, que buscaba mejorar el trato y la calidad de vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico, y que fue llamado 'Red de salud mental y psiquiatría comunitaria' (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008).

Estos lineamientos para trabajar se enmarcaron igualmente dentro de una reforma general de la salud pública y en esta base se han establecido, normativas,

protocolos de actuación y acuerdos interdisciplinarios. El nombre del programa es 'Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría' y su versión escrita define temas como; los valores y principios de la propuesta, la intersectorialidad requerida, las acciones concretas a realizar, las redes que debieran organizarse, la incorporación de familiares y usuarios en el proceso, fuentes de financiamiento, regulación legal sobre el plan y los aportes y compromisos de organismos externos al Estado. Establece además las prioridades en las que se organiza el programa: promoción de salud mental y prevención de riesgos, trastornos mentales asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y víctimas de represión política entre 1973-1990; trastornos de la hiperactividad y/o de la atención en niños y adolescentes, la depresión, los trastornos psiquiátricos severos como la esquizofrenia, el alzheimer y otras demencias, y finalmente el abuso y dependencia al alcohol y las drogas (Minsal, 2000).

Para instalar este plan, se cuenta en Chile con la división territorial administrativa por regiones, las cuales están encabezadas por gobernaciones que agrupan en sus direcciones las diversas áreas de trabajo. En cuanto a la atención pública, ésta se distribuye en los distintos niveles y organismos de asistencia: primaria en los centros de salud familiar (CESFAM), secundaria en los centros de orientación familiar (COSAM) y terciaria en los hospitales generales y psiquiátricos (Ministerio de Salud, 2013). En este esquema, el plan de salud mental se inserta con el objetivo de disminuir la atención de tipo terciario, que supone hospitalización y aislamiento, decretando además la no instauración de nuevos hospitales psiquiátricos, a cambio de aumentar las redes de soporte en el nivel primario y secundario, para garantizar una atención igualitaria para todos, que implique a familiares, redes sociales, comunitarias, etc., tanto en el proceso de acogida, como en el de convivencia, con quienes son diagnosticados con una patología psiquiátrica (Gómez, 2012).

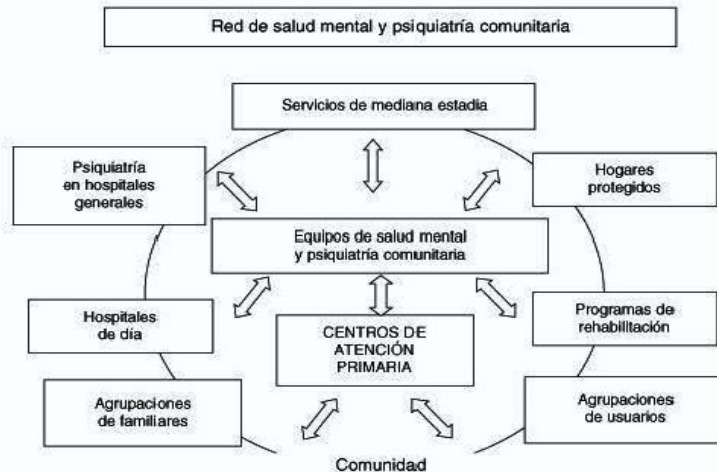


Figura N°1: Red de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria
 Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2000) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
 Santiago

En la figura N°1 se puede apreciar la red de asistencia, que se entiende como una forma de hacer más horizontales las transferencias entre cada nodo de la red. Cada componente tiene una función específica que cumplir, y se trataría de que ojalá ninguna persona con diagnóstico psiquiátrico tuviese que pasar por una hospitalización cerrada. Para ello se estimula más su vinculación con el hospital de día, los programas de rehabilitación y los hogares protegidos (Vaccari, Astete y Ojeda, 2012).

No obstante, si bien existe toda esta red y este Plan de Salud Mental, así como todas sus acciones, hasta el día de hoy no se cuenta con un sustento legal de ello, siendo Chile parte del 22% de los países del mundo que no han formulado hasta ahora una ley de Salud Mental como señalan Minoletti y Zaccaria (2005). De esta forma, se dificulta especialmente lo que concierne al financiamiento de una estrategia de trabajo que pretende modificar prácticas de atención. Este aspecto es parte de una serie de otras problemáticas que también han sido detectadas, entre otras, por la misma Organización Mundial de la Salud (2004) o por autoras/es como Gómez (2012), en donde por ejemplo se observa que existe un bajo presupuesto para salud mental. Sólo se asigna el 2,14% del total de la cuenta de salud, de la cual un tercio es destinado a la red de salud mental. De la misma manera, existen escasos dispositivos de salud mental específicos para niñas/os y adolescentes, así como insuficiente capacitación en salud mental de las/os profesionales y técnicos de la atención primaria, que se orientan en su mayoría al uso de medicamentos

psicotrópicos y para profesionales médicos. También se observa un bajo número de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental, así como un mínimo involucramiento de otros sectores en actividades de salud mental y/o a favor de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Otra deficiencia es la gran inequidad en el acceso a servicios de atención, tanto desde el punto de vista geográfico como del de minorías étnicas y exigua formación de profesionales en salud mental (Celedón y Noé, 2000; OMS, 2004; Araya et al, 2006 y Minoletti y Zaccaria, 2005).

Buscando explicaciones sobre el porqué ha sido difícil implementar este proceso en Chile, me encuentro con algunos antecedentes previos que podrían ayudar a comprender. En primer lugar, hay que caer en la cuenta que las *ciencias psi* en el país se desarrollaron muy lentamente (Laborda y Quezada, 2010). Para dar un ejemplo, las cátedras de enseñanza no se oficializaron hasta los años 1930 para psiquiatría y 1950 para psicología, cuando por ejemplo, en Lima-Perú ya existía desde el año 1536 un asilo para 'dementes' (la Loquería de San Andrés) y también las primeras escuelas de medicina en la Universidad (Medina 1990; en Medina, Escobar y Quijada, 2002). Por este motivo, durante años la asistencia de la 'locura' en Chile conservó mucho del carácter asilar y de institución total del que hablaba Barton (1959, en Ferreirós, 2007), Goffman (1961) y Sepúlveda, (1998), puesto que todo era muy precario y sin especialización (Vaccari, Astete y Ojeda, 2012).

Como muestra de esta precariedad, Salazar (1999, 2000) e Illanes (1993) indican que durante los primeros años de la independencia de Chile (a partir de 1810), se fraguaron enormes desigualdades sociales entre un grupo más acomodado y el pueblo. Este orden social, presentó siempre fisuras que condujeron finalmente al cuestionamiento del modo de sumisión caritativa que establecía el régimen oligárquico, desde donde se determinó el problema histórico de la salud pública del país. El resquebrajamiento del orden capitalista mundial en la década de 1870, la Guerra del Pacífico entre 1879-1884, la Guerra Civil del 91 y finalmente la Primera Guerra Mundial recayeron cruelmente en los sectores más desposeídos de la sociedad, provocando hambre, cesantía, hacinamiento, insalubridad y enfermedades. Todo ello impulsó a la gente a crear las Sociedades de Socorros Mutuos, primeras organizaciones autónomas de base, como la máxima expresión de una comunidad que decide enfrentar por sí misma la enfermedad y el desamparo del Estado en plena República. Muchos años después, recién en 1952 se

creó el primer Servicio de Salud Pública, más que nada porque durante años la clase más adinerada del país, se opuso a implementar un seguro social por el probable daño que haría al Estado practicar el asistencialismo.

En este escenario de desigualdad y con la escasez de médicos trabajando en hospicios privados o en los de la Iglesia, fue extremadamente difícil iniciar una red de atención en salud mental. El retraso en los avances médicos, la falta de preparación y la escasez de recursos económicos marcó el inicio de la psiquiatría y la psicología en el país. Y más difícil aún, fue comenzar a relacionar más tarde, la influencia que tenían las condiciones socioeconómicas y culturales en este tipo de 'malestares' de 'salud mental' (Medina, 1990; en Medina, Escobar y Quijada, 2002).

Con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), desde el Estado se vieron forzados a estructurar algunos programas para elevar la calidad de vida de la población (Illanes, 1993). No obstante, distaban mucho de la atención que ofrecían los Socorros Mutuos, organizaciones que finalmente tendieron a desaparecer con la aparición del Estado como garante de la salud de la población (Salazar, 1999).

En términos programáticos para la salud mental, esta etapa concibe a la asistencia como una tarea nacional, pero todavía sin sectorización, incorporando técnicas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas que permitieron la atención externa de casos seleccionados de neurosis y alcoholismo. A pesar de todos estos avances, costó mucho variar el esquema manicomial, aún cuando éste ya se cuestionaba y discutía ampliamente en Norteamérica y Europa. (Sepúlveda, 1998; Laborda y Quezada, 2010).

En este contexto, la salud mental y psiquiatría comunitarias, aparecen vagamente como un capítulo de la medicina social, o como un área de capacitación o de especialización de la psiquiatría. Ya por los años sesenta se generaliza el tema acentuando la enseñanza en áreas como la planificación, la epidemiología, la integración de los niveles de atención desde la prevención hasta la rehabilitación, reivindicando una medicina que abogaba por la cobertura universal, la atención prioritaria a las poblaciones en riesgo y la asistencia reparadora con un estilo de hospital centrista y clientelista (Alfaro, 2000).

Producto de esta tendencia comienza a darse un cambio conceptual y organizativo en la atención de los problemas de salud mental, incorporándose nociones de salud pública y acciones para la población general y grupos de riesgo. Se reconocen como antecedentes de ello, las experiencias iniciadas por Luis Weinstein, sobre salud mental poblacional (Sepúlveda, 1998; Desviat, 2007) y por Juan Marconi (2000, en Mendive, 2004), ambas prácticas vinculadas a la Universidad de Chile en asociación con unidades de atención primaria (Sepúlveda, 1998) y la experiencia de Martín Cordero en Temuco, donde en general se pudieron extender diferentes recursos especializados para la atención de salud mental. En Chile, era un momento social proclive a las ideas de cambio e integración social del movimiento popular, sustentado en organizaciones estudiantiles y universitarias con larga tradición de luchas políticas y gremiales, que trabajaban por el desarrollo y la modernización del país (Mouesca, 1988; Illanes, 1993; Sepúlveda, 1998, Salazar, 1999, 2000; Marconi 2000, en Mendive, 2004). No obstante, este proceso fue interrumpido por el Golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973. Después de ello se procedió a la intervención militar de las universidades, a expulsar a los docentes por razones políticas, a eliminar un conjunto de centros universitarios especialmente en el área de las ciencias sociales y a prescindir de las organizaciones estudiantiles representativas (Mouesca, 1988; Sepúlveda, 1998).

En salud mental fueron abortadas todas las experiencias relacionadas con la psicología y psiquiatría comunitarias, aunque la experiencia de Marconi (2000, en Mendive, 2004; Sepúlveda, 1998), la más institucionalizada y difundida de las tres, perduró en tiempos parciales por varios años más, particularmente en su aplicación al tema del alcoholismo. Durante ese periodo y como respuesta al emergente problema de marginalidad, drogadicción de niñas/os y adolescentes, desde el régimen se promovió la creación de centros del adolescente en comunas pobres, los cuales, con enfoques clínico-comunitarios intentaron abordar esta problemática. En el campo opositor a la dictadura, diversas ONGs desarrollaron trabajo en salud general y salud mental, con estrategias clínico-comunitarias en localidades y barrios específicos y con problemas particulares como apoyo a las víctimas de la represión, a las/os niñas/os de la calle y a las mujeres.

En el aparato del Estado la dictadura implementó en Chile su reforma neoliberal y finalmente en el sector Salud (Sepúlveda, 1998, pág. 18):

- Transformó el Servicio Nacional de Salud (SNS) en múltiples servicios de salud, territoriales y organismos autónomos todos dependientes del Ministerio de Salud con personería y patrimonio propios.
- Entregó a los Municipios la administración de la atención Primaria de Salud afectando la integración de los niveles de atención.
- Llevó a mínimos históricos la inversión y mantención de la infraestructura y equipamiento de los prestadores públicos.
- Creó y favoreció el desarrollo de un mercado de seguros privados de salud para el 20% más rico de la población, estimulando de hecho la generación de un amplio mercado privado de prestadores.

En este escenario, la salud mental y la psiquiatría no constituyeron una preocupación relevante para la autoridad, la crisis fue tal, que disminuyó la calidad de la atención en los servicios de psiquiatría que en muchos casos profundizaron al extremo los rasgos manicomiales (Sepúlveda, 1998).

Con el retorno a la democracia en 1990, se inició una progresiva recuperación de las infraestructuras, hubo una reorganización de los procesos y una ampliación de los recursos profesionales. Se mejoraron las propuestas planificadoras del nivel central y se marcaron índices e indicadores mínimos para cumplir, áreas preferenciales de trabajo y programas de prevención y tratamiento para algunos problemas. Sin embargo los avances ideológicos neoliberales y su voluntad de no potenciar el desarrollo del sistema público, se reflejaron en la falta de concreción de muchas de sus sugerencias. Durante la dictadura la falta de regulación sanitaria en el desarrollo de seguros privados, se tradujo en que el tema de la salud mental y la psiquiatría, fuese prácticamente excluida de las coberturas ofrecidas, asunto fácil de concretar, dada la histórica tradición de escasa oferta de servicios en el país (Sepúlveda, 1998; Marconi 2000, en Mendive, 2004).

Juan Marconi (2000, en Mendive, 2004), parte de la generación de psiquiatras más cercano con las ideas de la medicina social y de las primeras experiencias comunitarias en salud mental en Chile, señalaba que al final de la dictadura militar todo el ámbito de trabajo en salud mental estaba trastocado. El modelo de vanguardia para trabajar el alcoholismo en las poblaciones fue prácticamente aniquilado y se volvió a la atención psiquiátrica tradicional. Aunque reconocía el

esfuerzo realizado por los Gobiernos de la Concertación (coalición opositora a la dictadura que gobernó el país entre los años 1990 y 2010), señalaba que el sistema era tecnocrático, aunque se palpaba la idea de la participación comunitaria, pero sólo como práctica, porque en general no se contaba con el mayor recurso que era la comunidad.

En este sentido en salud mental después de los años noventa hubo una especie de optimismo, aspirándose a superar el estancamiento cualitativo y cuantitativo de la dictadura. Comenzó a primar una mirada psicosocial, que propiciaba un enfoque preferente sobre problemas tales como la drogadicción, la inseguridad, la atención de las víctimas de violencia política, la rehabilitación y reinserción de las personas con afecciones psiquiátricas. A ello se agregó la introducción de mayores recursos humanos en la atención primaria de salud con equipos multidisciplinarios, dotación de psiquiatría para adultos en la totalidad de los servicios de salud del país y equipos de trabajo en drogas, entre otros (Sepúlveda, 1998).

En ese ambiente, Chile participó en la Conferencia de Caracas (1990) y luego replicó a nivel nacional ese evento, adhiriendo a la estrategia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominada Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica, parte importante de la cual era la desmanicomialización, con énfasis en el desarrollo de dispositivos comunitarios (Sepúlveda, 1998). En general el periodo 90-96 abrió un abanico de temas de salud mental, gracias a la Reforma General de Salud, desarrollando estrategias e incrementando y diversificando los recursos humanos específicamente dedicados a estos problemas en la casi totalidad de los servicios de salud. Pero no se logró resolver en el caso de la atención primaria de salud el conflicto cultural entre un sistema altamente racionalizado en el lenguaje clásico de planificación sanitaria y equipos profesionales que privilegiaban otras temáticas, otros enfoques, otras formas de enfrentar los problemas, otros lugares y horarios de trabajo; lo que sumado a la racionalización que modificó la forma de financiación de las acciones en este nivel de atención, resultó en una progresiva desaparición de los equipos de reforzamiento psicosocial de la atención primaria (Marconi, 2000 en Mendive, 2004).

Desde el año 1996 hasta hoy 2013, se cuenta en total con una amplia red de salud mental comunitaria. En opinión de Sepúlveda (1998), si bien se han hecho logros importantes, una de las debilidades más notorias la escasa participación en cuanto a actor social y político de quienes están implicadas/os. Esto persiste no obstante que de forma deliberada, el plan nacional de salud mental y psiquiatría incluye la idea de desarrollar instancias de participación para organizaciones con un rol sociopolítico. Un rol que lamentablemente no ha pasado de ser algo más popular, sin un protagonismo relevante y que no tiene tampoco una expresión más territorial. Esto sigue faltando en lo que respecta a usuarias/os y familiares, pero por otra parte también las/os profesionales de salud mental no han sido capaces de generar una instancia que efectivamente incida en que la política se incremente con celeridad, profundidad y consistencia.

El desarrollo dispar que tiene el plan nacional de salud mental y psiquiatría tiene que ver con la descentralización y más cuando esa misma descentralización, se da en un contexto sin una masa crítica de recursos humanos capacitadas/os suficientemente, sin procesos de seguimiento, ni mucho menos de tanta tradición comunitaria. Otros factores que juegan en contra son los cambios bruscos en las políticas de administración de los programas, así como también sus bases, como ocurrió en 2007 con la Reforma Forense, asuntos que finalmente anulan la continuidad de los trabajos y dificultan poder entablar diálogos con profesionales y técnicos que constantemente van rotando por la propia característica de contratación de trabajadoras/es en el sector público en Chile como indican Díaz, Erazo y Sandoval (2008).

Como síntesis, se puede afirmar que la reforma de salud en Chile ha puesto hincapié en la satisfacción de las demandas de acceso, oportunidad y calidad de los servicios, pero aún falta más énfasis en la posibilidad de incidencia sobre la toma de decisiones en salud por parte de las/os usuarias/os como señala Donoso (2005), así como una mejor distribución de la gestión y administración de todo el trabajo que se desarrolla en específico en el ámbito de la salud mental (Minoletti y Zaccaria, 2005; Díaz, Erazo y Sandoval, 2008; Gómez, 2012; Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012).

ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO PARA UNA PROBLEMATIZACIÓN

Para poder problematizar la desinstitucionalización psiquiátrica, requiero de unas herramientas de análisis que me permitan reflexionar en torno a las pistas históricas recién mencionadas y los resultados que encuentre en esta investigación. Estas miradas tienen relación con las teorías críticas en ciencias sociales y en especial con el aporte que ellas ofrecen a la psicología social. Concretamente me refiero al construccionismo social, la psicología social crítica, el feminismo, algunas reflexiones de Foucault (1986, 1976, 1999) y al postcolonialismo.

Estos enfoques se llaman críticos porque en su base cuestionan a la filosofía racional positivista, que tiene hasta nuestros días, un fuerte dominio sobre el cómo se piensan y se hacen las cosas, en cuestiones como definir la noción de sujeto o de ciencia. De esta manera, se discuten los conceptos que se declaran como fijos y auténticos, para intentar re-construir permanentemente otros puntos de reflexión sobre las teorías y las prácticas en ciencias sociales. La idea es movilizar la investigación hacia una vertiente más activa, como en el sentido que explica Ibáñez (2001, Pág. 265): 'La producción de conocimientos es un proceso turbulento, fogoso, irrespetuoso, irreverente con los saberes instituidos, y, sobre todo, es movimiento, inestabilidad, incesante fluctuación más o menos alejada de cualquier punto de equilibrio'. Suscribo la reflexión de Ibáñez (2001) porque invita a entender la investigación como un proceso encarnado en las personas y sus procesos, avalando además el proceso creativo que emerge espontáneamente en la articulación del conocimiento. Por lo mismo, espero poder fluir en este hacer/haciendo la tesis, considerando las bases teóricas que mencioné y que me inducen a investigar de esta forma.

En cuanto al *construccionismo social*, hacia los años sesenta se inician sus primeros debates, los cuales pueden identificarse como parte del marco de teorías de la posmodernidad. Sobre posmodernidad, es descrita en general, como una característica de la sociedad, en un tiempo determinado (el actual), como una teoría del conocimiento o como una descripción que tendría la propiedad de contar una historia y al mismo tiempo socavar su base, poniendo entre comillas todo lo que se dice (Lyotard, 1987; Potter, 1996). En este sentido, la posmodernidad aglutinaría a una serie de corrientes que comenzaron por desafiar la narrativa vinculada a la modernidad, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial,

en una etapa postindustrial mientras se producía la reconstrucción de Europa. En ello se vio como la sociedad comenzó poco a poco a cambiar el estatuto del saber, criticando principalmente el paradigma de la Ilustración que promulgaba el desarrollo completo de la racionalidad humana siempre en pos de un fin épico y político (Cabruja 1991; Lyotard 1987; Potter 1996; Haraway 1996).

En este contexto, es donde se comienza a esbozar la teoría del construccionismo social, que además de estar en sintonía con algunas premisas de la posmodernidad, igualmente recoge algunas bases desde el interaccionismo simbólico de Mead (1999), de la etnometodología de Garfinkel (1967) y Maxwell y Heritage (1984), y de la filosofía social de Schutz (1962) donde se combinan también las influencias de la fenomenología de Husserl (1962) y de la sociología de Weber (1964). Asimismo, es de gran importancia la influencia del segundo Wittgenstein (1988) y sus análisis sobre la relación entre los juegos del lenguaje y la constitución de realidades cotidianas. Esta influencia es especialmente palpable en los trabajos de Shotter (2001) y su insistencia en la capacidad formativa y no solo descriptiva del lenguaje. De Gadamer (1991) y su proyecto hermenéutico, el construccionismo recoge la consideración de la cultura y la historia en la comprensión del comportamiento social. De Rorty (1983) rescata el neo-pragmatismo y la crítica al modelo representacionista de la ciencia y de Kuhn (1971) y Feyerabend (1974, 1982) los desarrollos de la filosofía de la ciencia. Desde la sociología del conocimiento, en particular desde el trabajo de Berger y Luckmann (1986) desarrollado en su libro 'La construcción social de la realidad', hay antecedentes del construccionismo social, puesto que su teoría presuponía una sociología del lenguaje y los autores insistieron en la importancia de asumir una concepción sociológica de la condición humana, donde la realidad era socialmente construida, desechando las explicaciones funcionalistas de la época, por considerarlas auténticos malabarismos teóricos constituidos en el lenguaje. Los autores decían que existía una relación dialéctica entre los escenarios estructurales y la empresa humana, y se iba 'construyendo la realidad en la historia' y que esto ocurría por tres procesos en donde siempre está presente el lenguaje: la objetivación de símbolos para el sí mismo, la institucionalización de símbolos colectivizados y la legitimación de objetivaciones institucionalizadas que llegan a ser plausibles y disponibles.

De esta forma, todas estas teorías nutren al construccionismo social, en donde es fundamental el papel del lenguaje, porque éste se ve como una práctica social, y como tal, es capaz de identificar y construir junto a otras prácticas discursivas, posibles vías para las transformaciones sociales. En este sentido señalan Cabruja, Íñiguez y Vásquez (2000) se busca comprender cómo se constituyen las personas y el mundo, en virtud de su construcción lingüística y discursiva.

El construccionismo criticó fuertemente a la hegemonía del positivismo afirmando que la ciencia moderna se basaba en dos ingenuidades fundamentales: a) creer en la existencia de la realidad, con independencia de nuestro modo de acceso a ella y b) creer que existe un modo de acceso privilegiado capaz de conducirnos, gracias a la objetividad, hasta la realidad tal y como es.

De acuerdo con Ibáñez (2001) el construccionismo social ha contribuido al cuestionamiento radical, tanto epistemológico como ontológico, de las perspectivas más tradicionales, basando sus fundamentos en cuatro ejes básicos: el carácter construido de la realidad social, el carácter histórico de la realidad social, el carácter simbólico de la realidad social y el carácter socialmente productivo y político de los conocimientos.

El primero, carácter construido de la realidad social, hace referencia a que todo lo social resulta de un proceso de construcción. Esto significa que los objetos sociales se configuran como resultado de determinadas prácticas y existen mientras se mantengan las prácticas que los engendran. Esto se da en un proceso continuado y se revierten explicitando el carácter dialéctico de la realidad social. También Rorty (1983) concordaba en que la realidad no existe con independencia de nuestro conocimiento sobre ella o con independencia de cualquier descripción sobre ella y una de las principales herramientas que utilizamos para ello es el lenguaje. De esta forma, el lenguaje, se comprende como condición de posibilidad, porque la realidad se construye socialmente y los instrumentos con los que se construye son lingüísticos. No obstante ello y tal como señala Ibáñez (2001):

Decir que el lenguaje es formativo de la realidad, no significa, ni mucho menos, que la realidad sea de naturaleza lingüística. [...] Nuestro lenguaje está motivado por nuestros intereses, características, prácticas, historia y modos de estar en el mundo. Esto

significa que el lenguaje está sometido a un conjunto de constricciones que no permiten generar a partir de él cualquier realidad y cambiarla a placer (Ibáñez, 2001, p.241).

Shotter (2001) también destaca que el lenguaje no sólo tiene funciones descriptivas, sino que es, fundamentalmente, de naturaleza formativa. Esto significa que cuando llegamos al mundo, el entramado, las estructuras y las categorías conceptuales propias de la cultura ya existen, y es precisamente durante el desarrollo de la capacidad lingüística, y por medio de ella, cuando adquirimos estos conceptos socialmente elaborados. Así, todas las personas que componen una comunidad lingüística contribuyen con cada acción e interacción de su vida cotidiana, a elaborar y reproducir la realidad social.

Muchas veces este fundamento del carácter construido de la realidad social es atacado por ser excesivamente relativista. Sin embargo, es preciso recalcar que esto no se trata de negar la realidad, que claramente nos constriñe más de lo que quisiéramos como dice Ibáñez (2001), sino más bien de comprender que esa realidad no es independiente de cómo accedemos a ella. Por este motivo Ibáñez (2001) señala:

El relativista no tiene problemas con las conceptualizaciones pragmáticas de la realidad y de la verdad. La realidad y la verdad son creencias indispensables para la vida cotidiana, pero no quieren un estatus trascendente, objetivo y absoluto, les basta el status de ir por casa, es decir simplemente humano (Ibáñez, 2001, p.87).

El siguiente eje del construccionismo, carácter histórico de la realidad social, refiere a que lo social presenta de forma ineludible una dimensión histórica. De este modo, todo lo que es constituido como real, incluyendo a la ciencia, varía en función del contexto, que es cultural e histórico, producto de las interacciones, construcciones y significados de las/os agentes que participan en el mismo. En este punto, entra el principio etnometodológico de la indexicalidad de los actos sociales, que significa que el comportamiento humano no puede desligarse del contexto en que se produce. La historicidad y culturalidad de la realidad social implica un relativismo y antiesencialismo, que cuestiona toda pretensión de validez universal, porque se entiende que lo relativo es imprescindible para el cambio

social, es decir, para que el mundo pueda empezar a transformarse, especialmente hacia formas que muchas veces son avasalladas o invisibilizadas dentro del tejido social (Burr, 1995).

Otro eje del construccionismo es el carácter simbólico de la realidad social, que refiere a la dimensión constitutivamente hermenéutica de los fenómenos sociales. Esto significa que lo social está instituido en la esfera de lo simbólico, en la intersubjetividad y en los significados compartidos. Esta importancia dada a la interacción, da fuerza a los conceptos de agencia humana y reflexividad (concepto de la etnometodología, que implica que cada acción no tiene sentido sin la persona que piensa sobre ello) como generadoras de realidades sociales, en donde se sustenta que el comportamiento humano es siempre intencional y motivado, porque las reglas que sigue una persona, son continuamente negociadas por su acción de participar activamente en la construcción de la realidad social. En este sentido, el construccionismo invita a una continua postura de autorreflexión incluso para mirar hacia una/o misma/o, en donde cada palabra, proposición o propuesta debiera ser provisional, abierta a la deconstrucción (término utilizado por el filósofo Jacques Derridá, 2001, que consiste en mostrar cómo se ha construido un concepto cualquiera a partir de procesos históricos y acumulaciones metafóricas, y por lo tanto en base a ello, es posible cuestionar la rigidez y la aparente inamovilidad de los mismos) y a la evaluación político-moral (Gergen, 1991).

El último eje del construccionismo refiere al carácter socialmente productivo y político de los conocimientos. Esto significa visibilizar las ciencias sociales con su dimensión política como ciencia. Es el reconocimiento que cualquier práctica de producción o de divulgación de conocimientos sobre la realidad social, presenta una dimensión ontonormativa, generativa e intrínseca. Las producciones discursivas de las ciencias sociales son generativas en el plano ontológico, porque contribuyen a crear realidades sociales y también son normativas, puesto que cualquier efecto que atañe a la realidad social puede ser enjuiciable, lo que se hace en términos de valores. Según Ibáñez (2001) se trata de construir aquellas producciones discursivas que empujen a la sociedad hacia una dirección emancipatoria. En tanto el conocimiento producido repercute sobre la propia realidad social, es necesaria la elaboración de teoría generativa que sirva para describir y perturbar concepciones dominantes y que permitan el cambio social.

Esta acción conlleva implícitamente la posición política frente a las construcciones sociales.

En resumen, estos serían algunos de los principales presupuestos de la teoría, que como revisé en el primer eje, nunca han estado ajenos a las críticas, que les acusan de reduccionismo lingüístico, relativismo y despolitización del debate social. Ante ello, Ibáñez (2001, págs. 242-243) argumenta:

Por supuesto que la realidad existe: nos constriñe y nos potencia al mismo tiempo con total independencia de cómo nos gustaría que fuese. Lo que aquí se está afirmando es que la realidad no existe con independencia de nuestro modo de acceso a la misma [...] Lo que tomamos por objetos naturales no son sino objetivaciones que resultan de nuestras características, de nuestras convenciones y de nuestras prácticas. Estas prácticas de objetivación incluyen, por supuesto el conocimiento científico o no, las categorías conceptuales que hemos forjado, las convenciones que utilizamos, el lenguaje en el cual se hace posible la operación de pensar (p.233). [...] El hecho que asumamos que nuestros criterios son obra nuestra, relativos a nuestra condición, no niega la posibilidad de una ética, sino que constituye al contrario, la fundamentación misma de la ética. La ética es cuando se manifiesta nuestra plena responsabilidad en la adopción de tales o cuales valores. El relativismo fomenta la implicación política porque soy yo, con unos criterios que me son propios y que sólo cobran sentido en función de mi compromiso con ellos, quien es responsable de defenderlos y procurar que configuren el tipo de realidad sociopolítica que he decidido potenciar (Ibáñez, 2001, págs. 242-243).

En síntesis, el construccionismo ayuda al análisis de lo social, abriendo comprensiones idiosincrásicas sobre la misma y otorgando herramientas para asumir posiciones más comprometidas con lo que hacemos. Esto colabora con un tipo de trabajo en investigación social que intenta, no servir al poder y las hegemonías, lo que constituye un punto central para la transformación social y sin duda este es el tipo de trabajo que a mi me gustaría hacer, o que al menos tenga este referente teórico/político/valórico.

El siguiente enfoque que me gustaría señalar como parte de mi encuadre epistemológico es la *psicología crítica*, la cual se trata de una visión que canaliza las objeciones y preguntas de quienes se resisten a asumir una forma mainstream clásica, tradicional de hacer psicología, la cual generalmente se asume como verdad y realidad, sobre cómo somos las personas y las sociedades.

La psicología social crítica puede verse así, como un movimiento y un lugar desde el cual observamos con suspicacia nuestras prácticas sociales y todo lo que se dice sobre ellas desde el orden dominante. De esta forma, la psicología social crítica puede ser vista como la consecuencia del continuo cuestionamiento y problematización de las prácticas de producción de conocimiento. En este sentido, recoge la mayor parte de las características del construccionismo social en lo relativo a las asunciones ontológicas, epistemológicas, metodológicas y políticas (Vaccari y Astete, 2011).

Vinculando a la psicología crítica con el construccionismo, se ubica el trabajo de Gergen (1973, en Ibáñez, 2001) y su texto 'La psicología social como historia', donde se plantea lo ilusorio que puede resultar una investigación psicosocial que siga el modelo y objetivo de las ciencias naturales. De esta manera, se propició desde allí una reflexión para que la psicología social rescatara su dimensión y naturaleza histórica, especialmente en relación con el tipo de conocimiento que produce: temporal, contextual y variable.

Con las propuestas de la psicología social crítica, el construccionismo social tiene múltiples conexiones, que, según Ibáñez (2001), han permitido reconocer que la ciencia también está hecha de la carne y los huesos de sus representantes, que a su vez están construidas/os de historia, cultura, lenguaje y socialidad. Esto remitiría a la misma contingencia y finitud del ser humano. Así, reconocido el hecho de que el discurso científico no es neutro, se abrió entonces un desafío para la psicología social, que era el de preguntarse constantemente qué efectos de poder persigue alguien que afirma que lo que dice es científico (Ovejero y Ramos, 2011).

Gergen (1991) señala que la psicología social crítica debería analizar la ciencia como producto de las prácticas concretas y situadas, ya que psicología social es primariamente una investigación histórica y que a diferencia de las

ciencias naturales, trata con hechos irrepetibles, y que fluctúan a través del tiempo. Por más que se intente registrar el comportamiento humano, éste siempre huye de todo control. En este sentido, la psicología social crítica lleva implícita una permanente práctica de problematización, asumiendo un giro construccionista en la esfera ontológica y un giro interpretativo/lingüístico en el nivel de la metodología. Se debieran abandonar por tanto, sugiere Ibáñez (2001), todos los referentes absolutos, para que la psicología social pueda desarrollar su labor crítica. Y si construimos la psicología social como una herramienta crítica capaz de debilitar las condiciones de dominación, sobre las que se asientan la explotación y la marginación, la disciplina misma será mucho más comprometida.

La psicología social crítica, también cuestiona lo que Ibáñez (2001) llama ingenuidades de la psicología tradicional, esto es, la creencia en la existencia de una realidad independiente del modo de acceso a la misma y creer que existe un modo de acceso privilegiado capaz de conducirnos objetivamente hasta la realidad tal y como es. Por esta razón, aunque la psicología mainstream se refiera a sí misma como neutra, para la psicología social crítica tales supuestos de neutralidad no hacen más que servir al poder y orden dominantes, porque como indican Ovejero y Ramos (2011) ¿Hay algo más ideológico que pensar sólo una forma válida de hacer ciencia? o ¿Hay algo menos ideológico que una aproximación psicológica a los problemas sociales? La psicología social crítica tiene una motivación clara para ir a desenmascarar intereses y fines que se esconden tras ciertas prácticas profesionales que sirven al poder. Para ello es necesario: ‘establecer los dispositivos que permitan a la psicología ponerse al servicio de la resistencia a la dominación’ (Ovejero y Ramos, 2011 p. 14). Es decir, hay un interés explícito porque sus saberes no sean utilizados para el control social, sino más bien, para la apertura de espacios contra-hegemónicos.

El lenguaje también es un elemento de análisis crucial para la psicología social crítica, pues lo considera herramienta capaz de crear y regular el espacio social, donde las prácticas lingüísticas son acciones que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales (Íñiguez y Antaki, 1994). Y aquí la psicología social crítica se aleja definitivamente de la psicología mainstream, porque asume que la realidad es construida socialmente, es decir, que no es independiente de la forma en que la abordamos con nuestra historia y contexto social. La comprensión del discurso en estos sentidos, permite tener una herramienta para la transformación

social y la psicología social crítica, se plantea transformar las cosas más allá del statu quo y del orden dominante, que es la esencia del poder hegemónico actual, y su lógica de control y producción específicos (Ovejero y Ramos, 2011). En los supuestos de una psicología mainstream, la psicología social crítica identifica la base de la desigualdad entre personas, países y grupos sociales, lo cual es en definitiva, el modo de funcionamiento del capitalismo que gobierna gran parte del sistema social global, ya casi tan naturalizado como la psicologización de la vida como señalan Cabruja (2005; 2009) y Rose (2007).

Y no es casualidad que sean momentos de coherencia entre estas formas de mirar el mundo: capitalismo y psicologización. La psicología social crítica señala que tradicionalmente la psicología ha contribuido al poder como herramienta de control social, psicologizando los problemas sociales 'para que las personas se fijen en sí mismas como auténticas responsables de lo que les sucede' (Ovejero y Ramos, 2011, p. 17) y nunca en analizar las estrategias del poder para validar algunas opciones, las que más le sirven, en desmedro de otras que podrían cuestionarlo.

Esto anula toda posibilidad de articulación social que podría hacer mella en el actual sistema. Inclusive cuando existen personas que no pueden ser tan dóciles ni receptivas con los requerimientos de la psicología mainstream, antes que éstas puedan hacer algo, se les aísla y señala como fuera de lo aceptable. De este modo, la organización social se ve debilitada, reforzándose además la idea, en términos negativos, de que quienes no se adaptan, son apartados/as del sistema.

En medio de esas dificultades, Ibáñez (2005, en Ovejero y Ramos, 2011, p. 275) nos recuerda que para hacer ciencia crítica es necesario entender que el conocimiento es un fin y no un medio. Cuando hemos logrado comprender esto, la siguiente pregunta que debiéramos hacernos es: ¿Para alcanzar qué fines? y en este punto Ibáñez (2005, en Ovejero y Ramos, 2011) nos dice que allí sólo corresponde un debate de los valores, que es finalmente lo único que justifica el trabajo por desarrollar conocimientos psicosociales.

De este modo, la psicología social crítica es una forma de resistencia a toda intención de poder totalitario y sus estudios buscan por tanto subvertir y cuestionar

cualquier funcionamiento de la sociedad que sea dominante y excluyente (Vaccari y Astete, 2011).

Para continuar en la ruta del encuadre epistemológico para una problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica, adscribo a la idea de que los *estudios feministas* también han realizado una gran aportación a las epistemologías críticas en ciencias sociales. Y me refiero fundamentalmente al grupo que Parker (2008) sitúa a partir de la segunda ola del feminismo de los años sesenta, y que se conoce como el feminismo crítico, llamado también relativismo feminista (Abbot y Wallace, 1990, en Banister et al., 2004), posmodernismo feminista (Harding, 1987, en Banister et al., 2004), desconstruccionismo feminista (Opie, 1992, en Banister et al., 2004), o post estructuralismo feminista (Weedon, 1987; Hallway, 1989, en Banister et al., 2004). La idea central de estos grupos, es la producción del conocimiento intentando no reproducir estructuras de imperialismo cultural y heterosexismo en el interior de la teoría feminista, poniendo la atención en las diferentes formas de opresión que pueden sufrir distintos tipos de mujeres de acuerdo con su color de piel u orientación sexual (Amos y Parmar, 1984; Wilton, 1993; en Banister et al, 2004).

La teoría feminista, en palabras de Parker (2008), ha sido la fuente de ideas más importante para los métodos cualitativos en psicología y ello ha sido gracias al impacto que ha tenido esta teoría en las ciencias sociales y también al que tiene como movimiento político (Harding, 1987, en Parker, 2008). De esta forma, lo que identifica a la investigación feminista es un compromiso con un análisis teórico y político que critica los conceptos dominantes del conocimiento y plantea preguntas sobre la orientación y criterios para el conocimiento, de acuerdo con el género. El foco de atención que han puesto los estudios feministas en las variaciones de la opresión, han desarrollado implicancias metodológicas de gran valor para el quehacer crítico (Harding, 1987; Stanley, 1990, en Banister et al, 2004).

Por una parte, la noción de que lo personal es político (Millet, 1975) enfatiza la forma en que la experiencia individual y las relaciones sociales operan para reproducir o desafiar patrones de poder. Por otra, el feminismo identifica y reconoce que la producción de conocimiento es diferente tanto para el poder como para lo oprimido. Y ésta es la médula de la teoría feminista: como el poder es incapaz de ver los mecanismos que privilegian su propio punto de vista sobre

las/os demás, es imprescindible que la versión oprimida, que pueden ser mujeres u otros colectivos, se impliquen en distinguir cómo operan las estructuras del poder para movilizar hacia otros puntos de vista que rechacen estas argumentaciones.

De esta forma, los estudios feministas críticos, han colaborado en re-pensar una construcción alternativa de sujeto, en la vía de resistir por ejemplo, la dicotomía hombre/mujer, que reproduce las mismas formas binarias de la exclusión (Butler, 2001), puesto que cualquier persona que no se reconozca en uno de estos polos, o más bien, si se posiciona entre ambos, es inmediatamente señalada por las estructuras de poder heteropatriarcales, llegando incluso a clasificarla como anormal. Este tipo de crítica, también se sitúa en oposición al pensamiento científico moderno, que por lo general reproduce el sexismo y el androcentrismo (Cabruja y Fernández Villanueva, 2011).

No sólo se trata de identificar que en determinados momentos históricos o según las clases sociales, creencias religiosas o diversidades culturales, las mujeres no podían acceder a los estudios o al plano político-ciudadano, sino que implica repensar la manera en que hasta entonces, se había construido el conocimiento dominante, y como aún en la actualidad, continúan vigentes la mayoría de sus versiones. El objetivo es señalar que si se atiende a cuáles son las lógicas que dirigen las prohibiciones y obligaciones dadas a los hombres y a las mujeres, es posible comprender otras situaciones que reproducen similares sistemas de dominación, marginación y desigualdad (Cabruja, 2006; 2008).

En esta línea el cambio básico que propone la teoría feminista es en la forma de entender y resolver el yo, de modo que pueda darse paso a una nueva manera de pensarlo, sustituyendo las teorías individualizadas del sí mismo/a, por otras más relacionales, que no parten de una base universal ni esencial. Así por ejemplo, la categoría sexo no sería un dato natural, sino una construcción, tal como sugiere Foucault (1977, p.187; en Cabruja, 2003) al afirmar que: 'la noción de sexo permitía agrupar en una unidad artificial elementos anatómicos, funciones biológicas, conductas, sensaciones, placeres y permitió el funcionamiento como principio causal de esa misma unidad ficticia'.

En este contexto, las relaciones de género como productos del discurso científico, son, por tanto, representaciones de la relación conocimiento/poder y así

la desigualdad entre los géneros es reproducida una y otra vez como realidad a partir del discurso científico. Este sería por tanto, uno de los mecanismos de cómo la construcción de la ciencia, ha valorado sólo una serie específica de aspectos de la vida, menoscabando a otras para justificar, la dominación de unas sobre otras y asegurar así la propia existencia. La correspondencia entre racionalidad científica y subjetividad masculina, ha servido así, tanto para excluir a unas partes de la humanidad, como para legitimar la exclusión, y de ello se ha valido la psicología científica moderna para desplegar su autoridad. Por este motivo, entre otras dicotomías que se instan a romper desde el feminismo, están también las del cuerpo-razón, lo natural-cultural, privado-público, etc. Se habla así entonces de poder lograr una difuminación de estos límites y de una consecuente fragmentación del yo (Fuss, 1989; Cabruja, 2005).

La reflexión transversal que se hace es que lo femenino, finalmente también ha sido una construcción del poder masculino y de este modo, hablar de género, raza o clase, como cualquier terreno de diferencia, esconde igualmente estos espacios de poder. Este es el motivo por el cual las propuestas feministas críticas, incluso van más allá de deconstruir las categorías hombre-mujer, queriendo examinar también otras formas de diferencia que existen dentro de ellas y no sólo entre ellas. Lo que se intenta es, deconstruir la identidad histórica sobre la cual se ha basado la política femenina tradicional, que igualmente ha pretendido representar a todas las mujeres de la misma manera. Así lo expresaba también Foucault (1987, en Butler, 2001), cuando decía que había que multiplicar las diversas configuraciones del poder, de modo que el modelo jurídico de poder como opresión y regulación, pueda dejar de ser hegemónico (Cabruja, 1996; 2006; 2008). De este modo lo comprende también Butler (2001), cuando explica que esta interacción tiene como resultado, valencias de poder nuevas y más complicadas, que debilitan así al poder binario (la imposición masculina y femenina o la llamada matriz heterosexual).

Siguiendo esta idea, es posible pensar por tanto, que las teorías de la feminidad, son sustituibles por teorías de la marginalidad, la subversión y la disidencia, las cuales insisten en una no esencialización, pero a la vez, tampoco inhabilitan la resistencia de colectivos que se perciben compartiendo situaciones sociales de dominación (Cabruja, 2003). Una forma común que se utiliza para debilitar este tipo de movimientos desde una concepción más positivista de la realidad, es la despolitización y, consecuentemente, la descontextualización que

sufren la mayoría de los problemas actuales, puesto que generalmente se evocan desde el ámbito de lo privado, psicologizando y debilitando la acción social. En este contexto, la teoría feminista ayuda a identificar este tipo de estrategias y contribuye a desarrollar una reflexión que rompe este tipo de tácticas encubiertas del poder (Desviat y Fernández, 2000; Cabruja, 2005; Desviat, 2007; De la mata, 2007).

De acuerdo a Cabruja (2005) desde una perspectiva con aproximación reconstructiva, lo que se pretende es deconstruir tanto las dicotomías de género, como las dicotomías entre lo público y lo privado, teniendo en claro que ello no implicaría una paralización para cualquier actividad emancipadora o de resistencia, sino que más bien, nos reubicaría en el ámbito de la liberación humana, pues se utilizarían las categorías asumiendo las diferencias que las conforman, sin afanes universalizadores o esencialistas. Lo sustantivo de esto, es el cambio que se constituye en el lenguaje y en la idea de performatividad que se centra en las acciones, donde la persona se comprende como narrativa, discursiva y contextual, rescatándose para ello la intersubjetividad y la interpretación.

La idea de negociación como proceso activo de nuestra identidad, es lo que permitiría una nueva resignificación del cuerpo como sexuado y genérico, ya no como un bloque identitario, sino como híbrido, que valora la alteridad y el dinamismo. Y en este punto es posible citar el ejemplo de la metáfora cyborg de Haraway (1996), en donde la nueva resignificación en las prácticas y discursos, permitiría a la sociedad incorporar lo distinto o al otro/a, con la posibilidad de ser parte, sin aludir a etiquetas irreversibles.

Es una aproximación a múltiples subjetividades, posibles de entrever a través de estas miradas, que también me ayudan a encuadrar epistemológicamente mi análisis en este trabajo de investigación sobre desinstitucionalización psiquiátrica.

Siguiendo con este encuadre, me detengo ahora en algunos elementos del trabajo de Foucault (1976, 1986, 1999), que me guían especialmente en mi interés de analizar las relaciones sociales y su vínculo con las instituciones, cuestión importante para luego problematizar la desinstitucionalización.

En este contexto, Foucault (1999) señala que siempre en las relaciones persona/institución o sociedad/comunidad/institución se construyen o desarrollan las relaciones de poder. De este modo por ejemplo, en disciplinas tan institucionales como la educación, la salud o la psicología, el poder se despliega de forma que logra articular sendas y diversas herramientas de control social.

El control en este sentido, se hace posible a través de entramados simbólicos que van construyendo una subjetividad particular en cada caso, a los que Foucault (1999) llama juegos de verdad y que tienen unos efectos muy concretos, como es por ejemplo, que un poder logre subordinar a otro. Igualmente esto está en relación con la construcción de sujeto como objeto para sí mismo, en donde también se crea una historia de la propia subjetividad, que define finalmente el cómo se construye, analiza y reconoce algo como un dominio de saber posible. Esta es la forma en la que una persona convierte la experiencia de sí misma en un juego de verdad, que es finalmente una subjetivación que la constituye (Foucault, 1999).

Para ilustrar como actúa el poder, Foucault (1999) identifica dos conceptos importantes, el poder disciplinario y el biopoder, y éstas son construcciones que también contribuyen a su explicación sobre la fundación del individualismo moderno y la organización actual de las ciencias humanas.

El poder disciplinario forma parte del ciclo de conocimientos de las personas, haciendo un ordenamiento en la anatomía política de los cuerpos. De este modo se clasifican las experiencias señalando claramente las que se considerarán reales o normales, versus las que indicarán los retrasos, anormalidades, o inadaptaciones. En este sentido, el poder disciplinario tendría dos campos de actuación: la productiva y la regulativa (Cabruja, 2005).

En la primera, la productiva, se analiza cómo a partir del saber médico/psicológico/científico se desarrollan unas maneras de definir y entender a las personas, identificando sus fenotipos y capacidades, buscando por ejemplo, patrones comunes de variables, conceptos descriptivos, rasgos y personalidades. En la segunda, la regulativa, se contrasta, supone y adjudica esas anotaciones a partir de exámenes, pruebas, test y entrevistas estandarizadas, cuyos resultados son distribuidos estadísticamente, construyéndose así un referente único que

establece como algo medular, la comparación y diferenciación entre personas, para valorarlas de acuerdo a necesidades y objetivos (Cabruja, 1996; 2003; 2005).

Con esta estrategia, el poder disciplinario va instituyendo la relación con la normalidad/normatividad de una muestra, la cual nunca está disociada de sus representantes. Como consecuencia, muchas veces esas vidas sociales recogidas en la muestra, se ven seriamente afectadas por las clasificaciones del poder disciplinario, que determina por ejemplo cuestiones tan trascendentales como qué es la enfermedad o la salud, o lo normal y lo patológico, entre otras. Igualmente este dispositivo requiere de personas que reproduzcan y mantengan funcionando estas prácticas, las que se instauran finalmente como las/os expertas/os en la materia, dotadas de máxima autoridad y plenamente respaldadas desde las instituciones (Castel et al., 1991).

En base a esto, Foucault (1999) examina cómo se produce el cambio en la sociedad, desde el tránsito entre castigar hasta vigilar, esto último como lógica del poder disciplinario, alerta a que nos adaptemos a sus determinaciones. Foucault (1986) también nos explica cómo en ese proceso acontece también un cambio en la economía del poder que se maneja en la sociedad. Se valora de este modo, como la rentabilidad y la eficacia se alcanzarán mejor, mediante vigilar más que de castigar, y en ello se destaca el rol de numerosos dispositivos diseñados especialmente para esa labor: las disciplinas científicas, entre ellas como ya mencioné, la educación, la psicología, la medicina, entre tantas otras.

Por su parte el biopoder, muestra cómo el poder disciplinario se centra en el cuerpo como especie, es decir, en la mecánica biológica del ser humano como ser vivo sirviendo a los procesos de proliferación, nacimiento y mortalidad. En este ámbito, el poder desarrollará una serie de intervenciones y regulaciones, la biopolítica de la población, donde las disciplinas científicas producen conocimiento para su desarrollo, como la demografía, economía y estadística, las que serán utilizadas para seguir regulando sus parámetros y definiciones. De este modo, las estrategias del biopoder se establecen por medio de las encuestas, las estadísticas, los censos y los programas para maximizar o reducir las tasas de reproducción, minimizar la enfermedad y promover la salud (Cabruja, 2005).

Apoyado en estas disciplinas, el poder hace múltiples cálculos estimativos que le permiten continuar desarrollando sus prácticas. De tal modo, existiría un doble ejercicio de poder: un poder disciplinario que se aplica sobre los cuerpos y un poder normativo y regulador que tiene en cuenta la población. En este sentido, el gobierno no aparece como una figura autoritaria, sino como un promotor del bienestar para la gente. Se controla así a la infancia, la familia, la economía, la comunidad, la oferta y la demanda, la solidaridad social, entre otros (Cabruja, 2005).

Foucault (1986, 1999) también destaca que estos temas son problematizados por el liberalismo, hoy el modelo neoliberal, en donde es posible identificar todas las particularidades del poder, actualmente con efectos hegemónicos en varios aspectos de nuestra vida, como por ejemplo, determinar nuestros modos de ser y actuar, nuestro perfil laboral, de rendimiento, productividad, aprendizaje, etc.

En este contexto y vinculado a la desinstitucionalización, Rose (1989) nos señala que las disciplinas de salud mental, *las ciencias psi*, se la pasan enseñando cómo conducir nuestro yo en la sociedad y nos fuerzan a optar por un modelo de ser y conferir un sentido a la vida. De este modo, las personas somos inducidas por estas tecnologías del poder, asumiéndolas como parte nuestra, mediante unas técnicas éticas de autoformación del yo o del self como indica Rose (2007).

Estas éticas son un verdadero ensamble de prácticas específicas de autorregulación que reúnen conocimientos, personas, instrumentos, espacios y construcciones que dirigen la conducta humana a distancia. En tal sentido, Rose (2008) señala que el neoliberalismo no puede ejercerse sin estas tecnologías, puesto que delegando la soberanía a la ciudadanía, se gobierna mucho mejor, en esta especie de vigilancia como decía Foucault (1986) haciendo que finalmente como personas entendamos que debemos asumir total responsabilidad por nuestra vida.

Tales normativas se impulsarían por tanto desde las ciencias, y en el caso de la salud mental, desde las ciencias psi, que inducen por ejemplo a las personas a asumir esta visión clásica y dicotómica de la salud/enfermedad, dejando fuera cualquier actuación que no se ajuste a estos polos. Esos discursos se articulan entre sí para la reproducción y mantención de prácticas sociales que excluyen, segregan

y exigen una forma de ser y actuar a los seres humanos para ser incluidos como parte del tejido social normalizado (Rose, 2007; 2008). Sin duda, esto no es un problema en sí mismo, sino que se convierte en un dilema, porque el mandato se internaliza en nosotras/os y en la sociedad como el único fin posible, dejando de lado a todo tipo de articulación social y visión crítica sobre los problemas contextuales y/o sociales.

Hasta aquí dejaré este esbozo de algunos de los elementos que utilizaré de Foucault (1999) en esta tesis y, específicamente, para cerrar este breve encuadre epistemológico que me permitirá trabajar mejor el análisis y problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica, señalaré algunos conceptos relevantes sobre los estudios postcoloniales (o *decoloniales* como señalan autores como Mignolo, 2006).

En relación a los *estudios decoloniales o postcoloniales*, cabe indicar que éstos emergen principalmente por la crítica hacia el colonialismo, iniciándose en particular con los estudios literarios que rompieron con el Imperio británico en la década del sesenta del siglo pasado. El postcolonialismo es un término contestatario, con variados recursos conceptuales y metodológicos, que comparten similares objetivos políticos y sociales con enfoques como el postestructuralismo, el posmodernismo, el feminismo, el marxismo y el psicoanálisis (Slemon, 1994; Young, 2001; Said, 2002; Cesáire, 2006; Mcleod y Bhatia, 2008).

El postcolonialismo se interesa en la mezcla del pasado con el presente, investigando, por ejemplo, cómo las relaciones de poder del presente están imbuidas dentro de una historia colonial. De este modo, examina las experiencias de periferias marginales, para traerlas al foco de los estudios y se opone a la hegemonía del conocimiento de Occidente, así como a los factores materiales, culturales y psicológicos en la mantención y disrupción de las relaciones de poder coloniales y neocoloniales (Slemon, 1994; Young, 2001). Quienes han desarrollado reflexión teórica sobre el tema, indican que todas las sociedades postcoloniales son todavía sujeto de una manera u otra, abierta o subrepticamente, de formas de dominación neocolonial, que la independencia no ha resuelto, por este motivo el postcolonialismo es un continuo proceso de resistencia y reconstrucción (Fanon, 1971; Castro-Gómez y Grosfoguel, 2007; Ashcroft et al., 1995 en Mcleod y Bhatia, 2008).

La investigación postcolonial está inextricablemente ligada a lo político. Esto implica poner siempre atención a estos aspectos en una investigación social que se enmarque desde parámetros decoloniales. Esto significa, además de identificar las relaciones de poder en la sociedad y de rescatar lo político como valor transversal, asumir un compromiso responsable con la producción del conocimiento desde un proyecto emancipatorio. De esta forma, investigar y teorizar desde un marco postcolonial señalan Macleod (2000) y Mignolo (2006), requiere ser vigilante y reflexiva/o en términos de una/o misma/o, de las/os otras/os, del contexto, del proceso, de las asunciones que se toman y de las teorías que se utilizan.

Gran parte de esta descripción se resumiría en lo que diversas/os autoras/es indican como la reflexividad, no obstante, desde el postcolonialismo se agrega lo que se llamaría como *políticas de la posición*. En este sentido, un análisis de la posición implica además de lo de la reflexividad, un análisis del privilegio epistémico del discurso académico, así como la supuesta autenticidad de las descripciones nativas y la posición intelectual política dentro de la que escogemos nuestras propias otras posiciones, que pueden ser por ejemplo, la de declararme *feminista, anticolonial y antirracista* (Cesaire, 2006; Spivak, 2009).

De este modo, las políticas de la posición, mueven la descripción reflexiva más allá del escrutinio de la subjetividad individual, la que puede aparecer como una confesión de la posición de la investigadora o de su inversión emocional, lo que finalmente puede resultar en que se omiten las micropolíticas de las interacciones investigativas, que funcionan como cruce de fronteras dentro y fuera en dinámicas y complejas formas. Las políticas de posición reconocen que al entrar a un proceso investigativo, se crea un espacio relacional único, dinamizado por el imperialismo de nuestro esfuerzo de investigación, donde el status de *dentro* y *fuera* señala las múltiples formas en las que estamos para una comunidad, y qué diferencias de posición se significan en el análisis de ese proceso (Bhabha, 1996; Mcleod y Bhatia, 2008; Spivak, 2009; Grosfoguel, 2013).

Por este motivo los estudios postcoloniales alertan que la epistemología que usamos las personas a la hora de investigar, ya constituye una forma colonial de abordar los estudios, puesto que es la heredera del paradigma occidental, que se impone en todo procedimiento (Fanon, 1971; Bhabha, 1996; Mcleod, 2000; Said,

2002; Césaire, 2006). Es preciso por tanto, reconocer esta influencia si se quiere desplazarla e intentar otros modos de aproximarse a los fenómenos que se estudian, tal como recalca Mignolo (2006):

El giro gnoseológico decolonial es la diferencia epistémica irreductible frente a la hegemonía del pensamiento occidental montado a partir de las lenguas griega y latina y desplegado en las seis lenguas imperiales de la Europa moderno/colonial (italiano, castellano, portugués, francés, alemán e inglés). Es la diferencia irreductible pero no por cierto la separación absoluta, ya que el giro decolonial se construye sobre el pensamiento crítico fronterizo y éste incorpora los principios epistémicos de la modernidad y los desplaza hacia un paradigma-otro que construye, a la vez que revela el límite de las categorías del pensamiento imperial (Mignolo, 2006, p. 198).

Las políticas de posición, en términos de producción de conocimiento en el postcolonialismo, son complejas. Said (2002) pensaba que la ética intelectual debía siempre ocupar una posición de fuera o de exilio, fuera de lo mainstream, de lo cómodo, para hacerse resistente. Así, esto puede dar la posibilidad de distancia y disconfort y además de desafiar al sistema, describiéndolo en un lenguaje no disponible para quienes han sido dominadas/os. Poner atención a las políticas de posición implica estar alertas no sólo por la anticolonial o antirracista posición entre nuestras preferencias en designar por ejemplo, un modo de preguntar, sino también en cómo esas posiciones nos reproducen como investigadoras/es. Nuestro propio privilegio como estudiantes o profesionales, influencia de esta forma el qué, el cómo y el porqué estudiamos tal o cual fenómeno social o psicológico (McLeod y Bhatia, 2008).

En esta línea, las políticas de posición en nuestras investigaciones tendrían que trabajar para revelar y hacer visibles esas asunciones que están inextricablemente imbuidas en nuestras trayectorias autobiográficas de clase, raza, y la posición de nuestro trabajo. Revelando el conflictivo y multilateral diseño de estas asunciones y cómo las políticas de posición forman estructuras y posiciones, estaremos mejor equipadas/os para entender cómo significamos nuestros objetos de estudio, tanto a la gente como al mundo, en nuestros propios paradigmas de investigación. Teniendo en cuenta esto, no sólo podemos aspirar a conocimiento

situado y parcial (Haraway, 1996), sino que la posición está implicada con la producción de investigación crítica y análisis (Mcleod y Bhatia, 2008).

Otro tipo de política fundamental para el postcolonialismo son las políticas de representación. En ellas el propio self confronta e inscribe al otro (u otra) como un objeto capturado, (más bien, congelado). En este sentido, las políticas de representación son complejas porque están relacionadas con las voces, las que nunca están en una posición que les permita ser escuchadas ni reconocidas, simplemente porque la relación de poder inhabilita la condición de igualdad. Por esta razón, Spivak (2009) señala que el deseo de representar al otro (o a la otra) en términos auténticos, es prácticamente una política utópica, que se encuentra enraizada en la violencia epistémica del imperialismo. Esto nos alerta sobre la necesidad de identificar las relaciones de poder postcoloniales, cómplices de nuevas formas de explotación bajo representación arbitraria, a través de, por ejemplo, exotizar categorías particulares de gente o normalizando y universalizando el hombre blanco de la clase media para todas las personas que forman parte del mundo (Cesáire, 2006).

Así la representación en el postcolonialismo es una producción y no una reflexión de la realidad, esto es, un proceso en el cual los discursos y silencios invocados por el/la investigador/a y aquellas/os invocadas/os por las/os participantes en las clásicas reuniones de preguntas (entrevistas), se desafían, encajan, divergen y generalmente construyen nuevas e híbridas comprensiones sobre la realidad. Es decir, se van creando puntos de salida más que de llegada, sin fijar comprensiones estáticas (Mcleod, 2000).

En ese proceso, siempre hay significados, intenciones y subjetividades, influyendo indirectamente en las futuras significaciones, ya sea porque las/los investigadoras/es pueden o no escuchar, porque las señales del pasado y del presente son difíciles de relatar, o porque las subjetividades mezclan y contradicen la real narración de historias y experiencias. Como síntesis, esto significa que debiéramos preguntar más bien sobre los procesos y mecanismos a través de los cuales la otra o el otro es constituida/o, más que acudir e invocar una autenticidad sobre la otra /el otro (Mignolo, 2006).

Las políticas de representación están ligadas con las de posición y a menudo esto no está reconocido. Para el postcolonialismo los objetivos de investigación deben tener al menos tres consideraciones importantes. Primero, cuestionar a la psicología que abandona o descuida la historia colonial y la presencia del poder postcolonial. En este sentido, es interesante que se muestre cómo los sujetos postcoloniales han sido teorizados, producidos y reproducidos por la psicología mainstream. La idea sería socavar la manera en que la/el otra/o ha sido tratada/o en la investigación psicológica, la cual generalmente ha sido bajo formas de invisibilización, patologización o exotización. Reconocerlo implica cuestionar por tanto las generalizaciones, especialmente si emanan del centro más hegemónico, preguntándose entonces ¿qué gente, qué mujer, y qué niñas queremos decir? (McLeod y Bhatia, 2008; Spivak, 2009).

La segunda consideración, es poder llevar los estudios a la interacción o el entretejido que existe entre lo intrapsíquico y lo problemático postcolonial, es decir, vincular lo personal con lo político, asumirlo como base e inicio de un trayecto investigativo. Y esto tiene relación con el tercer objetivo que es ser capaces de producir conocimiento con intenciones explícitamente liberadoras (Fanon, 1971; Slemon, 1994; Young, 2001; Said, 2002; Cesáire, 2006).

De esta manera el postcolonialismo busca terminar con los legados coloniales o neocoloniales que intersectan género, raza, religión, orientación sexual y edad, en donde todas las abstracciones que predefinen quien es la/el otra/o son rechazadas. Para este enfoque, todas las contradicciones y disparidades contenidas en discursos opresivos y prácticas debieran ser identificadas y diseccionadas creando espacios para una emancipación híbrida. Asimismo, todos los silencios creados por la etiquetación de la otredad en las relaciones de poder, deben ser remarcados para después ser desplazados y/o actuados en formas estratégicas (Mignolo, 2006; Grosfoguel, 2013).

La investigación postcolonial necesita ser conducida en espacios de reunión reales, virtuales o imaginarios, y también en espacios liminales. Bhabha (1996) describe lo liminal como un pasaje intersticial, que puede construir la diferencia entre arriba y abajo o entre lo blanco y lo negro. Localizando estos espacios, el/la investigador/a crea la oportunidad de desestabilizar las oposiciones binarias, mostrando cómo su necesidad es situada por ocultos proyectos de poder y

hegemonías. El postcolonialismo ofrece el potencial de deconstruir el centro como presente normalizado y traer a los escenarios, la periferia o la señal ausente, mientras que al mismo tiempo evita la búsqueda del origen del mito. Permite teorizar la hibridez y la multiplicidad, no cayendo en un relativismo rampante, mientras es capaz de dialogar con la teoría del primer mundo, desafiando las asunciones neocolonialistas producidas en contexto (Slemon, 1994; Young, 2001; Said, 2002).

En cuanto al aspecto metodológico de la investigación, el postcolonialismo señala la importancia de reconocer la constelación de relaciones de poder que existen en la investigación cualitativa, a través de esas reflexiones y debates. Esto le permite a la investigación cualitativa otras miradas, preguntas y reflexiones que apuntan hacia los objetivos de la teoría en sí misma. De esta forma, podemos contar con diferentes herramientas de análisis que bajo las premisas de lo postcolonial, nos ayudan a identificar los nodos que impiden comprensiones más profundas sobre los fenómenos sociales. Desde luego, por su afinidad epistemológica, estas herramientas de análisis se desarrollarían mediante el método cualitativo.

De esta forma, entre las principales estrategias de análisis postcolonial o decolonial, encontraríamos de acuerdo con Mcleod y Bhatia (2008, p.583):

- Análisis del discurso colonial, que remarca la neocolonial construcción del otro.
- Análisis narrativo, que explora las condiciones de posibilidad en que emerge el sujeto colonizado y el colonizador.
- Historiografía, que va contra el esencialismo, para descubrir partes ciegas y recuperar la evidencia de la agencia del subalterno.
- Genealogía, utilizando la noción de transmisión de Foucault para señalar la emergencia de objetos y sujetos coloniales.
- Análisis organizacional, para analizar las prácticas institucionales neocolonizadoras y las relaciones de poder.
- Estudio de caso, estudio en profundidad donde las relaciones de poder neocoloniales son manifiestas.
- Etnografía, práctica descentrada que supera la historia colonial examinando la posición de sujeto del etnógrafo colapsando las

nociones de nosotras/os y de ellas/os, asumiendo y privilegiando el conocimiento local.

- Investigación comparativa, análisis contextual de sistemas en textos en formas que acaben con la forma dada desde occidente.
- Investigación acción participativa, investigación que es llevada a cabo por las/os participantes y se focaliza en el cambio dentro del marco neocolonial dado.
- Deconstrucción, empleo del concepto derrideano como el de la diferencia para exponer exclusiones y señales ausentes en discursos neocoloniales.
- Análisis visual, análisis de imágenes como significados de neocolonialismo.

Para cerrar este apartado, debo mencionar que las teorías aquí presentadas, construccionismo social, psicología social crítica, feminismo, relaciones de poder de Foucault (1999) y postcolonialismo, han provocado un cambio en la forma de hacer psicología social y a las ciencias sociales en general. Todos los cuestionamientos permiten problematizar el estatuto del saber de la filosofía positivista y también reflexionar sobre otras nociones de sujeto, subjetividades múltiples y prácticas sociales, que permiten aproximaciones alternativas a procesos generalmente invisibilizados por la psicología mainstream.

Por estas razones a todas ellas adscribo y utilizaré de referencia, en el entendido de que me resultan el encuadre epistemológico más acorde para desarrollar a lo largo de este trabajo, una problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

De acuerdo con las bases de datos que he revisado, las investigaciones y/o reflexiones sobre desinstitucionalización se hacen, por lo general, con el método cualitativo, recogiendo las impresiones, construcciones y significaciones que realizan las personas involucradas en el proceso. Del mismo modo, se utiliza el análisis de discurso y el estudio de las narrativas para conocer las reflexiones en torno a los procesos y las potencialidades de estos estudios para facilitar el desarrollo de la agencia entre quienes son diagnosticadas/os por la psiquiatría, así

como la construcción que hacen las familias sobre cambios y reformas en la atención de la salud mental. Muchos estudios también reflexionan en torno a si la desinstitucionalización psiquiátrica es un proceso adecuado, apuntando en ocasiones a las problemáticas más frecuentes con las que se encuentra para su implementación y desarrollo.

En este sentido, mediante el estudio de Van Amerongen (2011) es posible conocer por medio de sus propios relatos cómo las familias han enfrentado los desafíos de la desinstitucionalización en Francia, determinando que este proceso no es factible sin la adecuada disposición de los medios comunitarios. Para la/el diagnosticada/o, como para la familia, es indispensable contar con el soporte ambulatorio de profesionales y medios. Como también es muy importante la financiación del proceso como señalan Knapp et al. (2011), al analizar la diferencia de costes de atención cerrada y abierta en el Reino Unido, Alemania e Italia, comprobando que el nuevo proceso es más costoso, pero muestra mejores resultados que la atención hospitalaria tradicional, tal como señala el estudio de Gómez (2012) en relación a la transformación en Chile, con buenos resultados, del antiguo Hospital Psiquiátrico El Peral a distintas unidades de salud mental ambulatoria. No obstante, también se advierte que en muchos casos la desinstitucionalización no logra sus objetivos porque su implementación se basó únicamente en el cálculo económico racionalista y no en los procesos relacionales, como es el caso del estudio de Smark y Deo (2006) en Australia, quienes a través de una mirada Foucaultiana señalan que en su país estos procesos se desarrollaron sólo con estrategias de saber/poder y dejaron fuera todo lo que tenía relación con la ampliación de redes comunitarias y sociales.

Es de advertir que en ocasiones el proceso de desinstitucionalización ha llegado hasta un determinado nivel y luego se estanca, como indican Chowdhury y Benson (2011) desde los Estados Unidos, observando que las personas con diagnóstico psiquiátrico requieren algo más que la simple aceptación y tolerancia de sus vecinas/os, puesto que deben participar en la vida de su entorno, donde se vería reflejada una mayor integración social. De manera similar, Forrester-Jones et al. (2012), en otra investigación realizada en el Reino Unido, proponen reforzar las actividades de inclusión, atendiendo a los diversos contextos sociales donde viven las personas con diagnóstico psiquiátrico.

Hamden et al. (2011), luego de analizar una década de reforma en salud mental en Australia, llegan a la conclusión que la atención comunitaria aporta una gran mejora en la calidad de vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico, que al permanecer más a gusto en un medio familiar, disminuyen la frecuencia de su retorno al hospital. De otro lado, sustentan que es sumamente difícil integrar a las personas sin familia y con dependencia a las drogas, lo que presenta el dilema de incluir actividades considerando el contexto personal, social y cultural donde viven las personas con diagnóstico psiquiátrico. Perry et al. (2011), si bien admiten que la desinstitucionalización mejora la calidad de vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico en el Reino Unido, proponen la presencia de más profesionales dispuestas/os a cambiar sus propias visiones culturales y prejuicios en torno a las personas con diagnóstico psiquiátrico, puesto que es en el contacto diario donde se producen las mayores estigmatizaciones.

Por otra parte, parece evidente que se necesitan mayores recursos para la capacitación profesional. Los procesos de desinstitucionalización cuentan con menos recursos que los hospitales clásicos, lo que no permite desarrollar completamente las actividades y gestiones para que se cumpla con los objetivos de descronificar y desestigmatizar a las personas con diagnóstico psiquiátrico, indican Martínez-Leal et al. (2011), en un estudio realizado en catorce países de la Unión Europea, señalando que si los dispositivos comunitarios no están equipados y capacitados para atender a la población ambulatoria, es probable que surjan otros problemas de salud como la obesidad y el sedentarismo, porque el vivir fuera de las instituciones, implica desarrollar más habilidades de autocuidado y en general las personas con diagnóstico psiquiátrico tienden a evadirse de los controles cuando no existe una red comunitaria consolidada.

En el mismo sentido de atender a las fisuras que pueden aparecer en los procesos de desinstitucionalización, el estudio de Šiška y Beadle-Brown (2011), registra que en la República Checa durante veinte años (1992-2012), no se logró el impacto esperado con esta nueva forma de atención. Se comprueba así en este caso la necesidad de intervenir en la planificación del proceso, reestructurando por ejemplo, el financiamiento de los programas cuando resultan insuficientes, así como aumentar la capacitación del personal de salud, así como la disponibilidad y entrega de servicios en todo lo que implica una red comunitaria de salud mental. En relación a ello, Condillac, Griffiths y Owen (2012) al estudiar los resultados de

los procesos de desinstitucionalización en Canadá, consideran imprescindible evaluar los cambios a nivel individual y grupal en quienes se ven implicadas/os en las reformas, es decir, las personas con diagnóstico psiquiátrico, la familia y los equipos de salud mental, para comprender cómo están influyendo estos procesos en la disminución de la cronificación y estigmas.

Desde el punto de vista de las/os profesionales de salud mental, Loukidou, Ioannidi y Kalokerinou-Anagnostopoulou (2010) en Grecia, señalan que el nuevo enfoque basado en la desinstitucionalización implica diversos desafíos para los equipos y por ello se hace necesario instalar un nuevo esquema educativo que refuerce el proceso de cambios que implica salir de un sistema institucional para ingresar a otro distinto, basado en lo comunitario y psicosocial. De no ser posible, el estudio remarca que lo común es que se caiga igualmente en la burocracia hospitalaria que tanto se quiere evitar, en donde continuarán reproduciéndose las prácticas de profesionales que muy rara vez están familiarizadas con los nuevos conceptos de atención en salud mental. Así también lo advierte Manzini (2011), quien mediante una investigación-acción con profesionales de salud mental en los Estados Unidos propone desarrollar herramientas para manejar de manera adecuada los conceptos de aprendizaje y cambio, en las/os profesionales, relacionando teoría y práctica de tal modo que puedan comprender mejor su rol en el campo de la salud mental comunitaria.

Hapell, Hoey y Gaskin (2012), indican que específicamente, es necesario investigar más en las intervenciones de las enfermeras de las unidades de atención de salud mental comunitaria. Si bien en el Reino Unido y Australia el trabajo de las referidas profesionales es ampliamente reconocido, en los Estados Unidos no sucede lo mismo, porque esa labor se traduce en prolongadas jornadas con las personas que tienen diagnóstico psiquiátrico, asumiendo inclusive competencias de alta complejidad en el ámbito clínico y social. Considerando los casos de otros países, piensan por tanto, que se debe revalorar el trabajo de las enfermeras, porque su intervención es altamente favorable a los procesos de descronificación y desestigmatización social en personas con diagnóstico psiquiátrico.

Martin y Ashworth (2010) en Canadá, señalan que en el proceso de desinstitucionalización no todo se reduce a evaluar si mejora o no la calidad de vida de las personas que se atienden en un sistema comunitario de salud mental, sino en

detallar y reflexionar qué ocurre de un sistema a otro. Tratar de adecuarse a un nuevo sistema con variadas tareas, compromisos y roles, puede convertirse en un momento crítico de sus vidas y de sus familias. De este modo, cabe considerar que este proceso implica un razonable tiempo de adaptación, del que pueden derivarse dificultades y resultados poco favorables, que no obstante son esperables, dentro de lo que significa un cambio de sistema.

Vinculado a ello, Wahlbeck et al. (2011) en su trabajo sobre los sistemas de salud mental en Dinamarca, Finlandia y Suecia, países escandinavos con una sólida base de estado de bienestar, protección social y servicios públicos comunitarios, advierten que la desinstitucionalización no es suficiente para aumentar las expectativas de vida en personas con diagnóstico psiquiátrico, sino que el proceso debe ir acompañado de promoción de la salud y facilidades de acceso inmediato a instituciones de cuidado de la salud para la prevención de suicidios y cuadros de violencia que en no pocas ocasiones aparecen a posteriori en personas que han sido desinstitucionalizadas. En relación a ello, la familia adquiere un rol relevante, de acuerdo al estudio de Wai-Chi Chan (2011) quien realiza una revisión exhaustiva de las investigaciones realizadas en América, Europa y Asia acerca de la carga que recae en quienes asumen el papel de cuidadoras/es de las personas con diagnóstico psiquiátrico. De este modo, concuerda que independientemente de las sociedades y las culturas, la carga sobre las familias es similar en todas ellas, convirtiéndose así en uno de los problemas cruciales que cruzan la desinstitucionalización. Sin duda, las intervenciones familiares desde los servicios de salud son fundamentales y se obtienen mejores resultados cuando las familias se involucran directamente en el diseño de políticas destinadas a su realidad de cuidadoras/es, o con la posibilidad de realizar intercambios de buenas prácticas. Dado que, en general, los servicios profesionales para las familias son insuficientes, el paso de capacitar y empoderar a las familias resulta clave y se requiere impulsar innovadores programas de educación que consideren las diferencias culturales y los contextos sociales específicos. Lo ideal es que la asistencia profesional sea sólo de acompañamiento y apoyo, permitiendo que las familias apliquen sus propias estrategias y habilidades en el cuidado de las personas, para lo cual es preciso continuar investigando. En el mismo sentido, Caqueo-Urizar et al. (2012), destacan la experiencia de familias de la etnia aymará del norte de Chile, que ejercen como cuidadoras de personas con diagnóstico psiquiátrico, señalando que su cosmovisión les ayuda a aplicar estrategias para acompañar el tratamiento de salud

mental. El estudio refuerza así las propuestas de Wai-chi Chan (2011), sobre las diferencias culturales y sociales, con un programa de apoyo a las familias cuidadoras.

En relación a ello, Wing Yum Chan y O'Brien (2011) estudian el caso de las familias cuidadoras en Ontario, Canadá. Sus recomendaciones proponen un sustento legal que reconozca el trabajo y los derechos de las familias que cuidan a sus miembros con diagnóstico psiquiátrico. Señalan que el trabajo de estas familias tiene un valor emocional añadido que no cabe esperar ni exigir de los equipos de profesionales, por lo que es imprescindible que este tipo de labores cuente con un respaldo institucional que les permita aliviar los costes materiales y el tiempo invertido en los cuidados.

Por otra parte, Boschma (2007) plantea el tema de las familias como mediadoras en el proceso de evitar la cronicidad de los diagnósticos psiquiátricos en un estudio realizado en Canadá. Las personas involucradas, a través de sus historias orales, proporcionaron consideraciones alternativas a las transformaciones del sistema de atención en salud mental, entre los años 1930-1975. Se demostró así que las familias fueron capaces de resistir al discurso cultural dominante y cómo sus descripciones sobre el proceso de diagnóstico y tratamiento pusieron en evidencia la compleja interacción entre las visiones médicas, sociales y culturales, en el intento de modular el efecto sobre los familiares. En tal sentido, se recomienda que las familias sean activas mediadoras de los procesos de atención en salud mental de sus miembros, lo que nos remite a la posibilidad de articular diferentes versiones para resistir toda la corriente más mainstream de la psicopatología.

En la línea de la importancia de los discursos en el trabajo de salud mental, Castillo et al. (2008) desde Francia, muestran lo delicado que es el momento de comunicar un diagnóstico psiquiátrico, sustentando que es mejor utilizar un tipo de discurso que permita a la persona diagnosticada desarrollar herramientas para enfrentar su tratamiento. Descubrieron que a la larga, esto permitiría una mayor autodeterminación y confianza en los procesos por parte de las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo cual habilita una integración social más satisfactoria.

Otro estudio de Alexias (2008) en Grecia, muestra la fuerza del discurso para construir situaciones, indicando que tal como describió Foucault (1976), el discurso médico mantiene permanentemente un carácter expansivo y vigilante, de tal manera que es capaz de instituir los tiempos probables de tratamiento y remisión de las personas con diagnóstico psiquiátrico, ejerciendo de este modo, un control de la vida misma en la línea del biopoder de Foucault (1976, 1986, 1999). Por esta razón, se recomienda a las personas y sus familias, que establezcan algunas estrategias para dialogar y/o resistir ese tipo de discursos, que en general disminuyen la agencia de quienes son diagnosticadas/os y las/os relegan al rol que tenían durante el tratamiento interno hospitalario.

En el mismo sentido, Jhangiani y Vadeboncoeur (2010) desde Canadá, muestran la importancia de introducir un discurso positivo en los tratamientos de salud mental, porque ayudan eficazmente al tratamiento, control y autodeterminación de las personas. Esto implica que las/os profesionales deben esforzarse en no hablar de enfermedad, sino más bien de salud, lo cual abre más posibilidades para esas personas y reduce estigmas asociados a lo mental. Otro estudio de Perron y Holmes (2011) realizado en Canadá, utilizando la perspectiva de Foucault (1999) señaló que las enfermeras que trabajan en unidades de psiquiatría forense construyen a través de sus discursos la subjetividad de las/os 'pacientes' como 'enfermas/os mentales' y también como otros asociados a su invisibilización, criminalización, etc., y por ello es preciso cautelar y reflexionar sobre el tipo de lenguaje que se utiliza en las tareas de cuidado, puesto que esto va determinando y estigmatizando a quienes reciben la atención. En este sentido, se alinea con el trabajo de Chaimowitz (2012) realizado también en Canadá, quien critica la insuficiencia de soporte a los procesos de desinstitucionalización, por lo que las personas no cuentan por ejemplo, con viviendas adecuadas para vivir, ni con espacios de ocio u otras actividades sociales necesarias para que eviten ser criminalizadas, judicializadas y el blanco de la exclusión social, puesto que la sociedad les teme y rechaza.

En otro estudio realizado en Suecia, Boréus (2006) se encontró con que la mayoría de las investigaciones empíricas sobre discapacidad utilizaban en general un lenguaje discriminatorio, mediante cuatro estrategias específicas: omisión del discurso de la persona, presentación negativa de lo diferente, afán de objetivar y la desaprobación hacia tratamientos alternativos. Así la autora habla de la existencia

de una tipología discursiva sobre la discriminación, que abarca desde la 'enfermedad mental' hasta las 'discapacidades físicas' y esto sería lo que mantiene y reproduce el estigma en las personas, cuestionando también que nunca esas etiquetas puedan ser nombradas de otra forma. Por la misma razón en el estudio de Arrigo y Williams (1999) realizado en California se llega a la conclusión que todo el sistema psiquiátrico, es particular el forense, es profundamente excluyente e inhabilitante para las personas, puesto que desde su mirada conservadora de la medicina clásica, se etiqueta y anula la posibilidad de ser algo diferente de ese diagnóstico y esos pronósticos, promoviendo de esta forma la investigación crítica y el rechazo a esta miradas hegemónicas en salud mental.

Es preciso buscar contradiscursos a la hegemonía médica en salud mental puesto que los discursos científicos sobre el área, señalan Roselló y Cabruja (2012), con frecuencia delimitan las normas sociales como verdades naturales e incuestionables, convirtiendo cualquier *desajuste* en nosología psiquiátrica y desequilibrios químico-neuronales, así como cualquier práctica social o subjetividad termina explicándose por ciertas actividades cerebrales con efectos de universalización y reificación de la experiencia social. Esta retórica de la objetividad y la biologización de la conducta humana, deja un estrecho margen a la posibilidad de cualquier transformación, marcando una rigidez que no contribuye al trabajo de sensibilización que puede hacerse por ejemplo, con el tema de la desinstitucionalización y los estigmas y discriminación social que experimentan las personas con diagnóstico psiquiátrico. Por ello se hace muy necesario señala Cabruja (2013) asumir un nuevo reto (psico)patologizador en la investigación psicológica, psicosocial y médica, como un nuevo campo de investigación interdisciplinar necesario para problematizar el aumento de las categorías de diagnóstico 'psi' y la colonización de la vida que realizan la psiquiatría (González, 2007) y la psicología (Rose, 1989).

En esta misma línea de la discriminación y los estigmas, se puede apreciar en el estudio de Roets et al. (2007) en Bélgica, las dificultades que deben sortear las personas con diagnóstico psiquiátrico para encontrar empleo. Esto ocurriría sobre todo por la influencia de los discursos psiquiátricos clásicos u ortodoxos que provocan la inhabilitación de las personas, construyéndolas prácticamente como incapacitadas para trabajar y de soportar estrés o presión. Y esto determina señala

el estudio que sea imposible que quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico alcancen una condición de respeto como trabajadoras/es.

A este respecto, Magallares Sanjuán (2011), recopila las conclusiones de sus investigaciones realizadas en todo el mundo, para dar a conocer los problemas de exclusión social a los que se enfrentan las personas con diagnóstico psiquiátrico, en el trabajo, en las relaciones interpersonales, en los hospitales y con los medios de comunicación. Propone de este modo, trabajar de manera permanente para desmontar los prejuicios sobre esas personas, especialmente dentro del grupo de profesionales en salud mental, que con su interacción cotidiana favorecen la aparición o desaparición de los estigmas. González (2012) desde España, recoge el tema de la psicologización de la vida cotidiana, explicando que la atribución de ciertas etiquetas relacionadas con este ámbito, contribuye a la mantención y difusión de estigmatizaciones naturalizadoras a nivel individual y colectivo de las personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico.

Siguiendo el contexto de lo importante que es trabajar sobre los prejuicios, el trabajo de Paterson (2007), explora el discurso relacionado con enfermedades mentales contenido en dos periodos británicos a lo largo de quince años, de donde extrajo discursos de amplia influencia tanto en la opinión pública, como en la agenda política social y en las prioridades de las/os profesionales. Concluyó que generalmente esta influencia se hacía mediante el uso de noticias sensacionalistas y en muchas ocasiones discriminatorias. De este modo indica que sería importante utilizar la influencia de los medios de comunicación en los cambios de políticas sociales, especialmente en relación a la construcción discursiva que se realiza sobre las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo que podría tener repercusiones favorables en el tratamiento e integración de las personas, al sensibilizar a la comunidad en la disminución de los estigmas.

Otros estudios muestran cómo las personas con diagnóstico psiquiátrico resisten a ciertas formas de etiquetaje que les atribuyen. En el trabajo de Hui y Stickley (2007) se realizó un análisis del discurso foucaultiano a las políticas de salud mental publicadas en el Reino Unido el año 2005 y a sus 'pacientes'. Comparando ambos resultados, se observaron diferencias entre el discurso institucional, relacionado con el poder, y el de las/os usuarias/os, vinculado con la práctica y la experiencia, pero también con el poder y el control. Con ello se pudo

apreciar la existencia de mayor flexibilidad y variedad de ideas entre las/os usuarias/os, comparado con lo que se dictamina desde una institución. En este caso, el estudio destaca la importancia de poner atención en el lenguaje que utilizan las/os profesionales para relacionarse con las/os usuarias/os, ya que las retóricas institucionales ligadas con el poder suelen apartar la participación de las personas diagnosticadas. Es fundamental, concluye el estudio, crear una atención en salud mental desde la participación y la implicación de las personas en su tratamiento, transfiriendo de esta forma mayor poder de agencia a las/os usuarias/os de los servicios, que redundaría en un mejoramiento sustantivo de su calidad de vida. Por su parte, en el estudio de Stickle et al. (2007) se muestra que en el Reino Unido personas con diagnóstico psiquiátrico pueden construir narrativamente sus experiencias en un taller de arte, lo cual las transforma en guías de sus procesos terapéuticos personales con una mejora cualitativa de sus experiencias vitales.

También en la investigación de Speed (2006), es posible apreciar cómo se exploraron las formas del habla de las/os usuarias/os de un servicio de salud mental de Irlanda, para trabajar en la reconsideración de tipologías diagnósticas de salud mental. A partir de ello, se obtuvieron profundas descripciones sobre cómo las/os usuarias/os construían sus propias perspectivas de salud mental, dando cuenta de los grados de agencia que ello les implicaba. Los datos obtenidos fueron la base de una reestructuración en la forma de atención de las/os llamadas/os 'pacientes', concluyendo que los significados y la construcción que hacen las personas sobre su condición mental la desarrollan como una forma de resistencia a los discursos psiquiátricos dominantes.

Así también lo revela un estudio de Gates Cloyes (2007), en un centro penitenciario de Estados Unidos al explorar en personas con diagnóstico psiquiátrico y en prisión, su lucha contra el discurso marginalizador y excluyente, a través de resignificaciones de su etiqueta, de la desvictimización y creación de agencia que esto mismo les acarrea. Se piensa que la condición de marginalidad les obligó a asumir cierta autodeterminación para sobrevivir en un espacio hostil y cerrado. Esto determinó que se insista una vez más, la gran importancia que tiene conocer las construcciones discursivas que tienen las personas sobre sí mismas e impulsarlas al desarrollo sobre todo si escapan de los atributos y definiciones de la psiquiatría clásica.

En ello hay cierta similitud con el trabajo de Kitanaka (2008), quien analiza el intento por parte de la psiquiatría en Japón, de cambiar la noción del suicidio, inserta en la población como un acto moral de autodeterminación. Sucedió que la medicalización utilizada para disminuir este deseo, devino finalmente en una especie de patologización del suicidio. De este modo, para las/os propias/os médicos se hace difícil trabajar este aspecto definitivamente cultural, porque el plano de la autodeterminación está sumamente arraigado en Japón. El estudio propone así que la medicina psiquiátrica debiera abordar otro tipo de estrategias en diferentes contextos culturales, porque no es posible homogenizar las experiencias de salud/enfermedad o de tristeza/alegría, que define explícitamente el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM, Pichot et al., 1995). Se recalca de esta forma, en la necesidad de problematizar las intervenciones psiquiátricas, incorporando otras comprensiones sociales y culturales, invisibles muchas veces en la descripción más hegemónica de los malestares psíquicos.

Por esta razón, Advi y Georgaca (2007) desde Grecia, recomiendan a partir de su estudio de investigaciones en diversas latitudes del mundo, que deben masificarse las prácticas psicoterapéuticas que se centren en el análisis del discurso para trabajar en la deconstrucción de los malestares. Al fomentar la riqueza de los procesos de transformación y la aparición de otras subjetividades, se comprende mejor las particularidades de las personas, la funcionalidad de la terapia, así como algunas cuestiones relativas al poder y al rol de los discursos socioculturales. La contribución final del análisis del discurso a la terapia es promocionar la reflexividad en las personas.

Para finalizar, destaco la investigación de Burrell y Trip (2011), en Nueva Zelanda, en donde hacen una reflexión crítica con herramientas de la genealogía de Foucault (1999) a las reformas de salud mental. Con ello buscaron develar cómo funcionan las dinámicas que promueven estos servicios, preguntándose si el cambio de paradigma no es otra forma de reinstitucionalización, que a la larga impide la plena integración social de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

Dejo esta inquietud como reflexión final, porque coincide con mis objetivos de investigación en cuanto a problematizar la desinstitucionalización psiquiátrica. Analizando todos estos estudios, me doy cuenta que la investigación que planteo,

se enmarca en una serie de esfuerzos que buscan comprender la situación de las personas con diagnóstico psiquiátrico, así como su relación con las políticas de tratamiento, vínculo con la sociedad, consigo mismas/os, con la familia, con los estigmas, entre otros. De acuerdo con ello y resguardando los límites éticos, considero que el método cualitativo y el análisis del discurso son pertinentes para lograr los objetivos de esta investigación que me propongo, puesto que puede entregar información sustantiva sobre el proceso de desinstitucionalización, en el entendido que son cambios y procesos que operan a nivel de prácticas sociales, cruzadas permanentemente por las construcciones sociales de quienes están implicadas/os en su desarrollo y transformación.

TERCERA PARTE: METODOLOGÍA

*Por obsoleto que pueda
parecer a primera vista,
todas son dictaduras amigo lindo:
sólo nos está permitido elegir
entre la de ellos y la de nosotros
(Nicanor Parra, del antipoema
'No quisiera dejar pasar el tren')*

MÉTODO

Reuniendo los antecedentes recientemente expuestos, he optado por trabajar con el método cualitativo porque me permite comprender lo social a través de las construcciones sociales de una muestra de investigación y profundizar más en los saberes específicos locales, utilizando múltiples herramientas de trabajo. Así también lo señala Flick (2006):

La investigación cualitativa está inherentemente enfocada a lo multimetódico [...] El uso de métodos múltiples o triangulación refleja un intento para obtener una profunda comprensión del fenómeno en cuestión. La realidad objetiva nunca puede ser captada. Conocemos una cosa sólo a través de sus representaciones. La triangulación no es una herramienta o una estrategia de validación, sino una alternativa para la validación [...] La combinación de prácticas multimetodológicas, materiales empíricos, perspectivas, y observadores en un estudio singular, son mejor comprendidas como una estrategia que le añade rigor, extensión, complejidad, riqueza, y profundidad a cualquier investigación (Flick, 2006, pp. 226, 227 y 229).

A través de la investigación cualitativa se valora la captación de significados y la comprensión de contextos idiosincrásicos que rodean o forman parte del proceso de investigación. El método motiva a la persona que investiga a que se implique en una reflexión sobre cuestiones éticas, tales como explicitar su posición frente al estudio, su vínculo con el tema, las potencialidades y limitaciones antes, durante y después de la investigación.

De acuerdo con Denzin y Lincoln (1994, en Vallés 1998, p.12): 'El proceso de investigación cualitativa comienza con el reconocimiento, por parte del

investigador, de su condicionamiento histórico y sociocultural, y de las características éticas y políticas de la investigación'. En el mismo sentido y destacando la implicación que se requiere en estos tipos de investigación, Ruiz Olabuénaga e Ispizúa (1989) acotan que '[...] investigar es situarse, orientarse, sumergirse, acercarse, contactar con el núcleo, el foco, el centro del problema' (p. 63). De esta manera, la perspectiva cualitativa me lleva a considerar un reconocimiento de mí misma como persona que investiga, atendiendo a las características que en mí construyeron las decisiones y desarrollos que fui realizando en el estudio. A ello me referiré con más detalle en el apartado de ética y reflexividad de la presente investigación.

Análisis de la información

Dentro del método cualitativo, he elegido el análisis de discurso como enfoque teórico metodológico, por ser una forma de trabajo analítico que valora el rol del lenguaje en la construcción de mundos, marcos y prácticas sociales, permitiendo interpelar constantemente al objeto en estudio, al mismo tiempo que se le investiga. La realidad social es aprehendida de esta forma por divergentes miradas y su reproducción estará dada por las prácticas sociales que constituyen el discurso.

De acuerdo con Íñiguez (2006) el análisis de discurso se puede realizar, desde el contacto verbal hasta el textual/escrito. Estudia cómo las prácticas lingüísticas promueven y mantienen determinadas relaciones, comprendiendo al mundo social en función de los discursos que se producen en el mismo y que al mismo tiempo lo constituyen. Destaca la importancia del contexto y su papel en la construcción, mantenimiento y cambio de la estructura social. Esto está dado por la dimensión interactiva e intersubjetiva del lenguaje mediante la investigación y el análisis de la lengua oral o escrita más allá de los límites de la oración, de las relaciones entre lengua y sociedad y de las propiedades interactivas de la comunicación diaria. En un discurso hablado o escrito, advierte Íñiguez (2006), es posible definir cuáles son las operaciones de clasificación y delimitación en un contexto sociocultural concreto, cuáles son las ideologías subyacentes, qué funciones cumplen, a qué intereses sirven, qué relaciones de dependencia generan y qué mecanismos son activados para su corrección y prevención.

Algunas notas sobre el análisis de discurso

Las investigaciones discursivas actuales se perfilan desde finales de los sesenta del siglo XX en un período en que se produjo una crisis de las ciencias sociales, puesto que se cuestionaron las premisas del paradigma positivista y se establecieron las posibilidades de una nueva forma de investigación. En ese momento, conocido también como giro lingüístico, se comienza a revalorar el lenguaje y se le indica como una de las principales vías para recuperar saberes propios del quehacer cotidiano (Ibáñez, 2003, en Gordo, 2008). Así desde las perspectivas más críticas, los discursos se reconocen como prácticas sociales activas, identificatorias de otras prácticas discursivas y como métodos posibles para la transformación social. Según Cabruja, Íñiguez y Vásquez (2000), es una forma de comprender cómo el mundo y las personas existen en virtud de su construcción lingüística y discursiva.

De acuerdo con Íñiguez (2006), el desarrollo del análisis de discurso se ha dado por los aportes de numerosas perspectivas que resaltan la importancia del lenguaje en la construcción de mundo: el giro lingüístico, la teoría de los actos del habla, la lingüística pragmática, la etnometodología y los estudios del discurso de Michael Foucault (1999). Todas ellas pueden agruparse en dos categorías de las que surgen dos tradiciones de trabajo distintas:

- La primera categoría agrupa el giro lingüístico, la teoría de los actos del habla y la pragmática, que se relacionan con la filosofía lingüística asociada a la escuela de Oxford y al pragmatismo estadounidense, así como a la etnometodología que se vincula con la fenomenología y el interaccionismo simbólico.
- La segunda categoría se relaciona con el trabajo desarrollado en Francia y Rusia, vinculado a una tradición política y sociológica y, en particular, a los trabajos de Foucault (1986).

Siendo difícil inscribir en una sola clasificación el análisis de discurso, acota Van Dijk (1997a), conviene mejor referirse a éstos como 'los estudios discursivos', puesto que son variados, y por ello, pueden realizarse en diversas modalidades, desde el análisis de la conversación hasta la deconstrucción de un texto

institucional. En este marco, las perspectivas que han tenido mayor incidencia en los estudios discursivos serían las siguientes:

- Teoría de los actos del habla (Austin, 1967). El habla es una acción y en consecuencia produce realidades, provoca un cambio de cualquier tipo en el estado de las cosas. Involucra el uso de la lengua natural y está sujeta a determinadas convenciones sociales y principios pragmáticos.
- Sociolingüística interaccional (Gumperz, 1988). El contexto es determinante en la construcción de significados, reconociendo de esta forma la naturaleza indexicable de todo lenguaje, dependiente siempre del contexto de su producción.
- Pragmática (Levinson, 1990). Lo que se dice tiene siempre un sentido más allá del significado que acompaña a las palabras. El contexto social, histórico, cultural y material influye en la interpretación del sentido, lo que tiene relación con la sociolingüística interaccional.
- Etnografía de la comunicación (Hymes, 1995). El lenguaje es un conjunto de estrategias simbólicas, constitutivas de la sociedad, puesto que no la representan, sino que la reproducen.
- Análisis de la conversación (Edwards, 1994; Antaki, 1998). El lenguaje es portador de significados e ideas. Se lo codifica al interior de las palabras, organizando en forma cooperativa las regulaciones de la vida cotidiana. Esta interacción se concibe como una práctica social institucionalizada, sujeta a leyes y normas empíricas.
- Análisis crítico del discurso (Fairclough, 1989; 2003). Enfoque que asume una posición política para analizar el papel del discurso en la reproducción de las relaciones de dominación que se construyen en la sociedad.
- Psicología discursiva (Billig, 1996). Se orienta a rescatar los procesos argumentativos con los que se legitiman realidades, cómo se construye el conocimiento a través del discurso hasta que resulta ser legible, interpretable y aceptable, a tal magnitud que aparece como verdad.
- Discurso como estrategia y modelo mental (Van Dijk, 1997a). Se analiza el discurso por medio de representaciones mentales de su producción, comprensión, memorización y recuperación. En todos los niveles del

discurso podemos encontrar huellas del contexto, que permiten descubrir las características sociales de las/os participantes.

- Enfoque discursivo de Michael Foucault (1976, 1986, 1999). El interés está puesto no sólo en el discurso y su análisis, sino en cualquier tarea que implique la producción del conocimiento donde la problematización es lo relevante. Para Foucault (1999) el discurso es una práctica social de la que se pueden establecer sus condiciones de producción, el conjunto de relaciones que articulan un discurso (Íñiguez, 2006). Esta particular visión, abre su campo de acción más allá del conocer, incluyendo la construcción y efectos que produce toda práctica discursiva en el mundo social.

Como advierte Íñiguez (2006) si bien todas estas perspectivas se pueden apreciar distintas, los procedimientos para el análisis dependerán exclusivamente de las teorías subyacentes en el lenguaje/discurso. Se puede estudiar al lenguaje de variadas formas, ya sea como texto, estructura verbal, efecto, proceso mental, acción, argumento, interacción o conversación. No obstante esta diversidad, todo análisis requiere de tres condiciones esenciales: la diferenciación texto/discurso, la distinción locutor/enunciador y la operacionalización del corpus. Para que un texto constituya efectivamente un discurso, debe concebirse en el marco de instituciones que limitan su enunciado. A partir de determinadas posiciones, los enunciados deben estar inscritos en un contexto interdiscursivo específico y revelar sus condiciones históricas, sociales, intelectuales y emocionales. La persona que enuncia un discurso no se considera una forma de subjetividad, sino más bien un lugar y, desde esa posición, las/os enunciantes/es, son sustituibles e intercambiables, denotando en ello la potencial indexicalidad del análisis. La materialización del texto en el análisis de discurso se denomina corpus, el que debe estar siempre transcrito, pudiendo ser de cualquier tipo de producción y admitiendo una variedad que puede ir desde conversaciones informales, interacciones institucionales, entrevistas, artículos, documentos, informes, hasta comunicados oficiales, así como estudios y formularios (Íñiguez, 2006).

Una primera etapa en todo análisis de discurso precisa definir el proceso: cuál es el fenómeno social que se quiere dilucidar, junto con comprender y aclarar qué relaciones sociales se pueden explicar; y luego, seleccionar el material relevante para el análisis, considerando que el/la investigador/a hallará una multiplicidad de

discursos que se entrecruzan a modo de intertextualidad (el origen del concepto de intertextualidad se halla en Bakhtin (1986), quien señalaba que el mundo estaba saturado de palabras ajenas y que era imposible comprender al lenguaje fuera de sus contextos sociales de uso. Posteriormente Julia Kristeva (1978) a partir de ello, acuñó el término intertextualidad, que implica que todo texto es la absorción o transformación de otro texto). Por lo mismo, se debe procurar que el texto sea representativo, no en sentido estadístico, sino donde cada participante, actúa como miembro competente del grupo o colectivo. El trabajo analítico prosigue con un prolijo examen de los textos, abordando múltiples lecturas posibles, identificando los efectos conectados con la relación social a dilucidar, en función de la pregunta de investigación.

En la etapa del análisis propiamente tal, se pueden utilizar recursos procedentes de las distintas tradiciones teóricas, entre las cuales están:

- Análisis de discurso foucaultiano, (Parker, 1992; Willig, 2008; Arribas-Ayllon y Walkerdine, 2008), problematización que analiza función u objetivos de los sujetos y objetos de un texto, así como sus versiones, omisiones, coincidencias y estrategias del saber-poder. Se basa en identificar lo que Foucault (1986, 1976, 1999) llamó formaciones discursivas, conocidas como el conjunto de reglas anónimas e históricamente determinadas que se imponen a todo sujeto hablante y que delimitan el ámbito de lo enunciable y lo no enunciable, en un momento y espacio determinados desde donde se puede plantear una problematización (Reguillo, 2000).
- Análisis de los repertorios interpretativos (Potter y Wetherell, 1987), que se preocupa por los elementos que las/os hablantes usan para construir figuras discursivas, generalmente de una manera estilística y con una gramática específica. Así se presta atención a la variabilidad, función y construcción del discurso que se desarrolla en una interacción.
- Análisis de las implicaturas y las deixis (Levinson, 1990), es localizar en el texto estos elementos definidos por la pragmática. Son inferencias realizadas en una situación de comunicación, en donde se presta atención a las indicaciones que codifican el lenguaje y que producen efectos en la línea de los actos del habla de Austin (1967).

Existen muchas otras formas de analizar el discurso, lo importante señala Íñiguez (2006), es que se expliciten los elementos que se están usando y la fundamentación teórica que la sustenta, así como el contexto de producción en que fue producido el discurso a analizar.

En relación al tema de la validez de los análisis, Wetherell (2001) advierte que en la medida que persista la creación de problemas, existirá seguridad de que los recursos lingüísticos están siendo bien utilizados y continúan como nuevas hipótesis de lo que podría estar sucediendo en el campo de estudio. Es importante señalar que los resultados del análisis pueden crear nuevos sentidos para futuros discursos u otras realidades y ello demuestra qué potenciales alcances pueden presentar de cara a una transformación social. En esta línea Íñiguez (2006) afirma que:

La legitimidad del análisis del discurso como método proviene de la visión del mismo como un mundo donde el habla tiene efectos, pues en su acción investigadora lo único que hace es utilizar las mismas herramientas que son usadas en cualquier contexto de acción social (Íñiguez, 2006, p.121).

En relación al reporte o informe final, Potter y Wetherell (1987), Parker (2008), Gordo (2008) y Mayan (2009), destacan que lo medular es que quien nos lea sea capaz de evaluar nuestras interpretaciones sobre el trabajo, así como identificar las distintas etapas del proceso desarrollado. De este modo, habrá transcripciones literales e interpretaciones mediante cualquier modelo analítico elegido, dejando en claro cómo se organizaron los materiales. Todo debe estar presentado de tal modo que: 'el analista establece una relación activa con los lectores de su trabajo e intenta mostrar cómo ha efectuado su lectura del texto' (Íñiguez, 2006, pp. 121-122). Los extractos, por tanto, no son caracterizaciones o ilustraciones de los datos sino ejemplos de los datos en sí mismos. En relación a ello, Gordo (2008, p. 219) advierte: 'Analizar discursivamente un texto supone preguntar qué se dice, quién lo dice, cómo, cuándo y por qué lo dice, así como cuáles son las funciones sociales y políticas del discurso'. Esto se puede lograr con reiteradas lecturas y preguntas, situando al análisis como un proceso en permanente construcción. Para la validación del análisis, la investigación discursiva permite admitir conclusiones

mediante la identificación de otros textos o hechos, denominados referentes extra-discursivos, vinculados a los acuerdos, leyes y tratados que enmarcan el contexto amplio de producción de los discursos (Gordo, 2008).

Acerca del procedimiento, se exponen desde la teoría algunos dilemas en torno al aprendizaje y la enseñanza de la práctica discursiva, no siendo recomendable abordar didácticamente el análisis del discurso, ni menos presentarlo como una técnica de investigación, porque le concedería un estatus de herramienta que puede dar la errónea idea que hacen falta criterios operativos para su elaboración. En este sentido, el error sería caer en una especie de tecnificación, porque se minimizaría el carácter crítico del enfoque. De acuerdo con Burman (1991; en Gordo, 2008) el mayor peligro de la tecnificación o instrumentalización, es que abre la posibilidad para que sea usada por las tendencias sociales dominantes y mainstream. El análisis de discurso en este sentido, busca otras salidas que mantengan su carácter crítico, permitiendo el continuo cuestionamiento de todo lo que damos por sentado, en la línea de lo que indica Gordo (2008, p.221):

Es necesario insistir como ya hiciera el giro interpretativo en las ciencias sociales, en el uso cotidiano y en la dimensión realizativa del lenguaje y visitar la idea de sujetos involucrados y activos en la reproducción de las estructuras y rituales sociales, incluyendo las bases materiales e históricas de sus relaciones [...] es fundamental perder el miedo al análisis de discurso, desmitificarlo, romper las cajas negras, aunque también resulte imprescindible redefinir que entendemos por hermenéutica, sociedad y resistencia (Gordo, 2008, p.121).

En este apartado sobre análisis de discurso y de acuerdo con sus premisas y las del método cualitativo, un aspecto fundamental es definir quién soy y desde dónde estoy hablando como plantean Denzin y Lincoln (1994; en Vallés, 1998), porque esto condicionará distintas prácticas y procedimientos de la investigación. De este modo, dentro de lo cualitativo es parte de la validación del estudio ofrecer un panorama descriptivo de los elementos que acompañan (en mi caso) a la investigadora y que formarán parte de los análisis y debates que desarrollaremos.

Esto lo explicaré con más detalle en la referencia que haré sobre ética y reflexividad de la investigación.

Sintetizando la justificación del método y análisis de esta investigación

Cuando indiqué la relevancia de estudiar el proceso de desinstitucionalización en salud mental, mencioné cuáles eran las ideas que sustentaban esta nueva forma de comprender la atención. Una de las más generalizadas, entendiendo que es la que predomina en la última década, es abogar por procedimientos más horizontales y democráticos, que respetaran las idiosincrasias, tiempos y maneras de ser de las personas con diagnóstico psiquiátrico. En tal sentido, el método de investigación cualitativa se justifica dadas las características que describen Vallés, (1998); Denzin y Lincoln, (2005); Flick, (2006) y Mayan, (2009), además de las últimas investigaciones revisadas en bases de datos planteadas en el estado de la cuestión.

No obstante, y aquí inserto un llamado a la atención que hacen Denzin y Lincoln (2005, p.1) en la introducción de su libro 'La práctica y disciplina de la investigación cualitativa': 'inevitablemente, cuando estamos escribiendo o haciendo investigación científica, lo hacemos desde una posición ventajosa, la de quien investiga, lo cual conlleva un enorme historial de dominación'. Del mismo modo lo advertía Smith (1999; en Denzin y Lincoln, 2005, p.1):

El término investigación está intrincadamente vinculado al imperialismo y colonialismo europeo [...] Tristemente la investigación cualitativa, en muchas –si es que no en todas sus formas (observación, participación, entrevista, etnografía) – sirve como una metáfora para el conocimiento colonial, para el poder y para la verdad (Smith, 1999; en Denzin y Lincoln, 2005, p.1).

En la misma línea, como ya revisé anteriormente, los estudios postcoloniales (Said, 2002; Spivak, 2009) nos alertan de que la epistemología que usamos a la hora de investigar, constituye siempre una forma colonial de abordar los estudios, puesto que es la heredera del paradigma occidental que se impone en todo procedimiento. Con estas reflexiones a la base, sólo queda preguntar entonces qué

justifica elegir el método cualitativo en la investigación social, si es en sí mismo una forma colonial de trabajo o intromisión dominante en la vida de las personas.

Para esta disyuntiva, Banister et al. (2004), proponen buscar respuestas en el plano de la ética de la investigación. En mi caso particular, pienso que si me he planteado en esta investigación, conocer las construcciones sociales de un grupo de personas involucradas en un proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, al menos debiera ser capaz de impedir que cualquier poder externo y ajeno a ellas, intente utilizar esta información o sus resultados para otros intereses.

En concordancia a ello, a continuación describiré los límites éticos y de reflexividad que debieran estar presentes en estudios de este tipo, observando al mismo tiempo, todo lo que he ido haciendo en la tesis, esperando al finalizar, poder comprobar que mi trabajo dentro de sus límites, no ha significado un acto de dominación hacia las personas participantes.

Aspectos éticos y reflexivos en la investigación social

La ética y la reflexividad son medulares en la investigación social, así como en el método cualitativo y en el análisis del discurso. De acuerdo con Parker (2008) la ética es la fidelidad a los compromisos hechos durante una investigación, en tanto que la reflexividad o actitud reflexiva como definen Banister et al. (2004) es comprender la constitución relativa de la realidad social, así como su multiplicidad, el cuestionamiento constante de lo que hacemos, la búsqueda de alternativas y otras posibilidades.

Ética y reflexividad inevitablemente se superponen y es importante que las/os investigadoras/es sociales, o en proyecto de serlo, determinemos los límites y posibilidades de nuestro accionar, junto con las relaciones que se establecen en el curso de la investigación, tomando en cuenta que la dimensión social del entorno es de alta complejidad (Denzin y Lincoln, 2005; Flick, 2006; Mayan, 2009).

Las consideraciones éticas, forman parte del diseño de todo proyecto de investigación y deben discutirse con un comité de ética y con colegas o pares, para garantizar que el trabajo no contraviene los principios éticos prefijados por las asociaciones profesionales. Igualmente, las propuestas deben discutirse con la

población objetivo de la investigación. De lograrse estas condiciones, se posibilitan perspectivas que disminuyen la impresión que un estudio es parcial o autorreferente, validando la presencia de otros elementos en juego, como la multiculturalidad y las historias locales que se presentan en los espacios donde estamos investigando (Miles y Huberman, 1994; Flick, 2006; Mayan, 2009; Boeije, 2010).

Un principio general sobre ética es el de bienestar y protección de las/os participantes de la investigación. Parker (2008), Denzin y Lincoln (2005) y Mayan (2009) indican que, hay que establecer el respeto y la confianza mutua, considerando los derechos, dignidad y valores fundamentales de quienes participan, debiendo siempre apreciar y agradecer su ayuda. En lo ideal, las/os participantes deben salir de la situación de investigación con la autoestima intacta a sabiendas que han brindado una importante contribución valorada como estudio social. Por ello, se debiera incluir una discusión a posteriori, concerniente a su experiencia participativa, verificando así que no queden ideas erróneas ni efectos negativos. En la redacción del informe se debiera también garantizar la confidencialidad y el anonimato, a menos que se haya convenido previamente la identificación explícita de las personas (Ortí, 1993; Vallés, 1998; Mayan, 2009). Si la confidencialidad se acuerda, la publicación de los resultados debiera garantizar el anonimato para participantes individuales, sin dar lugar a causar daños si es que alguien les llegara a identificar.

No obstante, en relación a este tema, es necesario resolver la paradoja que aparece entre asegurar el anonimato de las/os participantes y la mengua que podría hacer la falta de esta información a la novedad de los resultados. Por una parte, ocultar la identidad de las personas es la opción más conveniente, aunque en ocasiones señalan Denzin y Lincoln (2005) esto puede prestarse para favorecer los privilegios de quien investiga. Cabe preguntarse entonces ¿ocultaremos la identidad de quienes participan para favorecer ciertas situaciones o porque realmente así fue establecido? Por otro lado, no debe extrañarnos que algunas personas quieran aparecer con nombre y apellidos como participantes del estudio, de modo que si esta es la situación, es imprescindible visualizar el aporte que hace ese dato particular a la investigación. Si observamos que la investigación se enriquece de ello, evidentemente se puede obviar el criterio clásico de anonimato y confidencialidad de los estudios de campo (Flick, 2006; Boeije, 2010).

Otro debate ético muy importante es indicar para quién o para qué se está realizando la investigación. Desde la perspectiva de la investigación social crítica, se admite que nunca estamos libres de sus valores, porque todas/os estamos arraigadas/os en un mundo social que construimos conjunta y continuamente. De esta forma, el marco institucional de la investigación puede ceñir, manipular o sesgar ciertas actuaciones, lo que hace necesario antes y durante el trabajo, evaluar las demandas del entorno y reflexionar sobre qué se espera o demanda de la persona que investiga (Ibáñez, 2001; Parker, 2008).

En la investigación social se admiten y estipulan los valores en forma clara. Esto no quiere decir que las revelaciones van a minimizar su impacto en la investigación, pero al admitir su presencia se avanza hacia una investigación más implicada y comprometida. Cabe recordar que todas las opciones de nuestra investigación desde el diseño hasta su implementación y cierre, invariablemente presentan influencias sobre los resultados. Distintas técnicas de investigación, generan distintos tipos de material, distintas preguntas y distintas respuestas. De modo que según indican Ibáñez (2001); Denzin y Lincoln (2005); y Parker (2008), antes de comenzar, debiéramos reconocer que esto va a suceder siempre en la situación de investigación.

Lo que realmente importa, independientemente de qué o cuál técnica o enfoque se maneje, es la utilidad final de los resultados de la investigación. Y esto vuelve a ligarse con el tema de para qué o para quién se investiga. No es lo mismo trabajar para una investigación privada que para una institucional, para una autogestionada o para una colectiva. Sin duda todo ello va a influir en el desarrollo del trabajo y en los márgenes de actuación de quien investiga. Por este motivo, en este punto el debate ético debe otorgar una consideración especial a las relaciones de poder (Parker, 1996; Ibáñez, 2001).

Como se puede inferir, los resultados de la investigación envuelven aspectos éticos porque los datos pueden ser tergiversados en otros escenarios y culturas, utilizándose inclusive para favorecer fines políticos y sociales contrarios a los de quien investiga o de quienes han participado. Por ello, es importante afirmar los límites de nuestro estudio, tratando de anticipar y prevenir cualquier subterfugio que alguien pudiera atribuirle. Asumir esta responsabilidad implica que debemos

ser conscientes de quién podría utilizar los resultados y también con qué fines (Haraway, 1996; Flick, 2006; Mayan, 2009).

En cuanto al criterio de validez de una investigación, elemento importante también de la ética, Sapsford (1984, en Parker, 2008) propone situarlos en base a los siguientes criterios:

- El acuerdo, preguntando ¿están de acuerdo las/os participantes con los informes que les proporcionamos?
- El consenso, indagando ¿existe un acuerdo general?
- La credibilidad, que señala ¿tiene sentido la investigación de acuerdo a los datos hallados?

En un sentido similar, Lincoln y Guba (1985, en Vallés, 1998) indican igualmente que los criterios para medir la calidad de los estudios cualitativos, estarían dados por criterios de confiabilidad, autenticidad y ética, los cuales han sido propuestos en relación a su similitud con los criterios de validez de los estudios cuantitativos (Vallés, 1998, p.103):

Criterios de referencia	Cualitativos	Cuantitativos
veracidad	credibilidad	validez interna
generalización	transferibilidad	validez externa
consistencia	dependibilidad	fiabilidad

Figura N°2: Tabla de equivalencia de criterios de Validez Método Cualitativo/Cuantitativo
 Fuente: Adaptada de Valles (1998) *Técnicas cualitativas de investigación social, Reflexión metodológica y práctica social*. Madrid: Síntesis

En concordancia a esta tabla, Erlandson et al. (1993) y Lincoln (1985), citados en Ruiz Olabuénaga e Ispizua, (1989), sostienen que la *credibilidad* de un estudio cualitativo se relaciona con el uso que se haya hecho de un conjunto de recursos técnicos, de la duración e intensidad de la observación-participación, de la adecuada triangulación de datos, del acopio de documentación escrita, de las discusiones con colegas, del contraste y consenso de la información con las personas participantes, y del registro de los cuadernos y diarios de campo. La *transferibilidad* se lograría al ampliar al máximo la información recogida con la descripción espesa o densa de los datos, y finalmente la *dependibilidad*, se haría

operativa mediante una suerte de auditoria externa, que se hace cuando quien investiga, facilita la documentación que hace posible tal revisión, por ejemplo, mostrar los guiones de entrevista, las transcripciones y cualquier tipo de documento que refleje la trayectoria del trabajo. Sobre esta base por tanto, el estudio estará en mejores condiciones de verificar la pluralidad de realidades sociales que recoge de un contexto.

Parker (2008) citando a Badiou (2001), remarca otros recursos y argumentos imprescindibles para debatir sobre ética. En primer lugar propone que no se deben tener presunciones sobre la naturaleza humana, por lo mismo hay que considerar que en la investigación, las personas probablemente son y serán muy diferentes a nosotras y no existe razón alguna por la que debieran compartir nuestros modos de mirar y entender el mundo. Es preciso por tanto, no anticipar cualidades ni debilidades en las/os demás, sino mantener una alerta expectante para conocer quiénes son las personas con las que trabajamos. Tampoco se debe caer en la ceguera de creer que descubrimos ciertos fenómenos, rasgos o factores específicos de una categoría, porque esto sólo nos conducirá a la exclusión de alguna parte de entre la enorme variabilidad que pudiese existir en una situación social específica. También plantea, que es preferible reflexionar en las diferencias y particularidades, si las encontramos, especialmente con todo lo que nos parezca como nuevo, diferente o incluso extraño.

De todas formas, debemos considerar que no siempre es posible revelar en una investigación los límites estructurales del conocimiento, puesto que tenderá a haber diversos planteamientos, que pueden estar dirigidos en muchos sentidos y que casi nunca son causales. Por último, también debiéramos considerar la heterogeneidad de las comunidades donde trabajamos y atender especialmente a todas aquellas que desafían y rechazan el intento de hacerlas encajar en determinados esquemas que no corresponden con su idiosincrasia (Ruiz Olabuénaga e Ispizúa, 1989; Pujol y Montenegro, 2008).

Como se puede apreciar, la descripción de la ética no se limita a predecir lo que podría pasar en la investigación, ni a la reflexión que podemos hacer a partir de ello. Es más, enfatiza la importancia de la práctica que combina una suerte de anticipación con reflexión. En este contexto, la verdad depende de nuestra propia construcción, la que emerge de los procesos investigativos y está íntimamente

conectada con las condiciones en que el conocimiento se produce y la posición desde la cual examinamos los fenómenos en cuestión. Todo lo que se indica en el estudio es una construcción de una parte del mundo y quien investiga tiene la responsabilidad de esclarecer cuál es su parte en esa construcción y así, quien posteriormente lea el estudio, estará en mejor posición para evaluar cómo y porqué los resultados se enfocan de determinada forma (Vallés, 1998; Flick, 2006; Parker, 2008; Mayan, 2009).

La posición de quien investiga también es siempre una posición ética. Por ello, en la investigación cualitativa radical, como indica Parker (2008), se requiere incidir en cómo adoptamos los significados, qué tipos de preguntas hacemos, cuáles son las relaciones entre los participantes y qué formas de escritura aplicamos para producir determinados efectos. Tal como mencioné anteriormente, la ética aparece así como una práctica que une la anticipación y la reflexión, así como los significados y sus términos.

No obstante estos resguardos, es difícil que un trabajo llegue a ser completamente transparente, porque en cierta forma necesitamos de las teorías para hacer comprensibles las cosas. Considerando esto, podemos aspirar al menos a hacer más accesible lo que trabajamos y a lo que estamos dando como valor en el proceso. En este sentido, Badiou (2001, en Parker, 2008) subraya que en general, la teoría no debe ser un obstáculo para comprender el mundo, sino una precondition para hacer posible la construcción de sentido sobre algo que se está haciendo y que sin duda contiene muchas de nuestras preconcepciones (Ibáñez, 2001).

Sobre el lenguaje que utilizamos para describir lo que hacemos en la investigación, es posible rescatar lo que han aportado las investigadoras feministas en relación al tema, entre ellas, Scott (1996); Haraway (1996); Fuss (1989); Cabruja (2008); Burman (1998). Una de sus aportaciones apunta a poner atención en tres aspectos del lenguaje que habría que cautelar en los estudios donde se manifiesta la dimensión ética. El primer aspecto alude a encontrar formas alternativas para referirnos a los sujetos, es decir, indicar términos como personas, acordando al mismo tiempo la agencia de ellas/os en los estudios, ya sea como participantes o coinvestigadoras/es. Indudablemente, diferentes términos son apropiados para diferentes tipos de investigación, pero hay que tener claro que decidir la terminología para nombrar a las personas tiene unas consecuencias concretas. El

segundo aspecto, propone asumir la primera persona y esto sería un marcador clave de la investigación cualitativa para adjudicarse la responsabilidad de lo que hacemos en la investigación, intentando en lo posible, no cruzar los límites hacia una excesiva autorreferencialidad, por lo que esto debe ir acompañado de los criterios de validez revisados anteriormente (Ibáñez, 2001; Parker, 2008). El tercer aspecto como acota Spivak (2009) y a pesar de todos nuestros resguardos y cautelas, tiene que ver con reconocer la imposibilidad de representar la experiencia de las/os participantes o coinvestigadoras/es. En este sentido, debemos considerar que en todo momento, intentamos construir una aproximación a una parte del mundo que exploramos, lo que implica la producción en conjunto con quienes participaron del estudio. Nada más, ni nada menos que eso, tener siempre presente que no representamos ni al grupo ni a la persona que participa en nuestro trabajo.

Revisados los elementos éticos imprescindibles en una investigación social crítica, paso a referirme a la reflexividad. La reflexividad se define como la forma de trabajar con la subjetividad, pero de tal forma que se logre romper el círculo autorreferencial, como mencioné antes con la ética. La reflexividad es la forma de atender a la posición individual, social e institucional en relación a los aspectos históricos y geográficos de la relación investigativa.

Parker (2008) propone tres acciones para trabajar la reflexividad en la investigación: primero, además de llevar el diario de campo, que resulta muy útil a medida que progresa la investigación, tanto para pensar detenidamente en el estudio, como en una misma como quien investiga, conviene igualmente realizar registros de grabaciones, sin olvidar que la memoria es colectiva y relacional, por lo que se precisería registrar idealmente estas impresiones con las/os demás participantes. Es justo hablar también de *equipo de investigación*, en vez de una persona que investiga por sí sola, lo cual es importante para enmarcar e interpretar una investigación crítica.

En este mismo sentido, Banister et al., (2004) señalan que los procesos de memoria colectiva que se negocian en la investigación, se diferencian de los límites del individualismo, porque ponen atención en la relación entre la persona que investiga y lo que se investiga, haciendo explícitos por ejemplo, los aspectos de género en el proceso y el desarrollo de una crítica dentro del marco de

responsabilidades que se asumen. Las preguntas reflexivas por tanto, se inician con el posicionamiento de la investigación y los términos del conocimiento que se han producido. Es importante reflexionar sobre los impactos que tienen en las personas participantes, los propios pensamientos y sentimientos sobre el trabajo. Esta relación más implicada con la investigación es la que transmitirá y reproducirá mucho de la reflexividad y se hace principalmente para advertir del peligro de todo lo que se podría dar por sentado y que interfiere en un trabajo crítico. No hay que perder de vista que trabajamos desde el privilegio y el poder institucional que rodea a la investigación, aún cuando pensemos que no es así. Hay que tener en cuenta cada cosa que hacemos, así como la forma en que transitamos desde la institución hacia las/os demás co-investigadoras/es o participantes.

No obstante lo anterior, igualmente para una reflexión crítica, es necesario distanciarnos de lo que estamos estudiando, no en el sentido de adquirir neutralidad, sino en el de pensar sobre el trabajo en un espacio fuera del contexto inmediato de investigación. En este proceso, existe sin duda una dialéctica contradictoria, mutual e implicativa en la relación entre el/la investigador/a y lo que se investiga. Así esta calidad dialéctica o nuestro conocimiento en desarrollo evidencian cómo realidad y verdad están siempre en recursiva contradicción.

Como he ido recogiendo hasta ahora, todo lo que hallamos y los sentidos que creamos sobre ello, están siempre en función de lo que pensamos que podríamos encontrar y la posición que asumimos sobre ello (Denzin y Lincoln, 2005; Mayan, 2009). También Banister et al. (2004), indican que para la reflexividad, la discusión con participantes y colegas ayudará siempre a obtener un panorama más amplio, no obstante ello, las/os investigadoras/es reflexivas/os debiéramos ser conscientes de nuestras limitaciones y realizar este ejercicio de autocrítica de forma permanente.

En este sentido por tanto, tendríamos que cuestionar todo lo que hemos hecho, preguntándonos por ejemplo, si la selección de métodos fue apropiada, qué opciones podrían haberse utilizado o cuáles son los impactos probables en las/os participantes y en los resultados, así como qué interpretaciones alternativas podríamos haber propuesto en otros hipotéticos casos. También se requeriría pensar en aspectos a mayor escala, que incluyen la metodología de investigación y cuestionar, por qué no, a la *psicología misma* como dice Wilkinson (1988, en Parker,

2008) cuando nos invita a asumir frente a la investigación una actitud reflexiva disciplinaria.

De acuerdo con Denzin y Lincoln (2005) la reflexividad tiene que ver con analizar desde la propia experiencia, pero considerando que ésta forma parte de un proceso colectivo, puesto que nuestro self se cristaliza con procesos históricos y estructurales. Cada una de sus formas varía de cultura en cultura, por lo que no podemos referirnos al self como si tuviese características universales. Las formas en que las personas nos describimos, cambian respecto de los diferentes escenarios sociales, por lo que aquello también relativiza una integralidad del self. Del mismo modo, el self como tal, sería reciente en la historia de la humanidad, por lo que cabe necesariamente debatir su esencialismo como se asegura desde algunas tendencias más clásicas en psicología. La temporalidad también es otra característica del self, que varía de momento en momento de acuerdo a las demandas específicas y que condiciona por tanto los cambios de la memoria y de paso la autoidentidad, siempre plena de contradicciones, más que de certezas.

Otro aspecto importante de la reflexividad y que de alguna forma ya he mencionado, son las posiciones que nos arrogamos. Esto ha sido marcado fuertemente por la investigación antirracista y postcolonial (Cesáire, 2006, McLedod y Bhatia, 2008). Se trata de hacer visible lo que muchas veces dejamos de lado o pasamos por alto en la investigación. Y entonces aquí la reflexividad no es sólo un simple acto de confesión, sino un intento de explicar como la experiencia subjetiva ha surgido durante el trabajo. Lo clave de este cambio de descripción de primera a segunda persona, es que enfatiza la posición de quien investiga. Esto significa compartir la investigación de la subjetividad estructuralmente constituida y que ha posibilitado que ciertas cosas sucedan o no en el estudio. El posicionamiento explora de esta forma, cómo una particular forma de subjetividad, vino a ser, por virtud, legible y descriptible en una relación institucional (Parker, 2008; Willig, 2008).

Los contextos para describir dónde estamos y qué podemos hacer tienen, desde los trabajos sociales más radicales, una particular visión en cómo ciertas prácticas sociales excluyen otras categorías de personas, donde específicamente sus prácticas han sido inhabilitadas y por ello es necesario visibilizarlas para no reproducirlas. Este modelo social de prácticas de inhabilitación tiene profundas

implicaciones para otras formas de opresión en instituciones académicas, gubernamentales y profesionales y también para las condiciones bajo las cuales las investigaciones son llevadas a cabo por académicas/os en otras instituciones externas, de ahí que las prácticas más frecuentes de inhabilitación se produzcan en relación al género, la cultura y la clase (Spivak, 2009; Cabruja y Fernández-Villanueva, 2011).

En cuanto al género, junto con la dominación del varón en instituciones de investigación, la práctica de la investigación psicológica tradicional asume características masculinas estereotipadas para predecir y controlar conductas, formulando hipótesis desde conocimientos previos y luego examinando fenómenos de forma neutral. De este modo en muchas ocasiones podemos apreciar como no sólo se han descartado y devaluado las características femeninas estereotipadas, sino también las perspectivas feministas y el punto de partida de la investigadora (Fuss; 1989; Scott, 1996; Parker, 2008).

En cuanto a la cultura, además del predominio de las/os escritoras/es caucásicas/os en las instituciones mainstream, la investigación psicológica tradicional se realiza dentro de perspectivas culturales dominantes, de manera que las personas de otras culturas son asumidas como contrarias a la conducta normal de la población blanca. La diferencia entre que lo damos por sentado y la categoría que marcamos para las/os otras/os, también tiene consecuencias en cómo definimos o debiera definirse una investigación en sí misma (Cabruja, 2003, 2005, 2008).

En cuanto a la clase, además de la escasa representación de la clase trabajadora en la mayor parte de los estudios académicos, el ethos de las instituciones de investigación académicas, gubernamentales y profesionales, priorizan las actividades competitivas individuales, donde la oferta de recursos privilegiados son para quienes tienen el tiempo y el capital cultural ya dado, de modo que la acumulación de recursos hacia ese sector, termina por boicotear directa e indirectamente formas de investigación colectivas con determinadas agendas políticas que incomodan a la corriente más mainstream (Ibáñez, 2001; Parker, 2008).

En este contexto, Banister et al. (2004) consideran que se abre una interrogante cuando pensamos si acaso las aproximaciones cualitativas son capaces o no de desafiar estas prácticas de inhabilitación en diferentes instituciones. Y también si la investigación crítica es capaz de desarrollar formas alternativas de trabajo en contra de éstas y otras dimensiones de opresión. Se reconoce que al menos un primer paso, es realizar una reflexiva exploración sobre las barreras de la emancipación en la investigación. En teoría, la posición de quien investiga se vuelve más evidente y más fácil de reflejar cuando es explícitamente tratada como parte de un proceso colectivo. En tal sentido, el carácter relacional de la subjetividad humana se toma seriamente y el carácter relacional de la investigación se actualiza. En vez de tratarlo como un recurso que pretende ser opcional, lo tratamos como un tópico, como un aspecto invaluable y esencial de la investigación.

La investigación tiene una calidad colectiva, puesto que no puede ser sostenida sin la existencia ni la cooperación de otras personas, esto testimonia la progresiva potencia de la autoconciencia de que la investigación no sólo sirve para entender una parte del mundo, sino también para transformarlo, en la línea de lo que señalan algunas investigadoras feministas acerca de que 'lo personal es siempre político' (Millet, 1975; Haraway, 1996). Así desde ese espacio, todo el trabajo se ve implicado y producido desde la posición de alguien que no quiere reproducir modelos de dominación y opresión.

Al finalizar una investigación señalan Vallés (1998); Ibáñez (2001); Flick (2006); y Mayan (2009), deberíamos ser capaces de describir lo que hemos hecho, pero la forma en que esta descripción es trabajada es lo que hace la diferencia. Un análisis reflexivo no debiera señalar por ejemplo, que todo lo que ocurrió fue espontáneo, sino más bien, qué condiciones posibilitaron para que esto o lo otro, hayan sido elementos o procesos inesperados. Como parte de nuestra reflexividad, Denzin y Lincoln (2005) y Parker (2008) piensan que también habría que evitar esconder los desacuerdos y las relaciones de poder que podrían haber aparecido entre quien investiga y quienes fueron investigadas/os. Y si efectivamente estos dilemas aparecen, debiéramos ser capaces de explorar cómo estas discrepancias son una crítica implícita a las asunciones predeterminadas que están inevitablemente siempre presentes. Esto es un elemento a considerar en la investigación, que podría provocar fisuras o quiebres con la población participante. Por esta razón,

una tarea ineludible en la investigación crítica, es ver cómo podemos desarrollar reflexividades apropiadas para diferentes métodos y reflejar los límites posibles desde sus diferentes asunciones.

En síntesis, el trabajo reflexivo es parte medular de la acción de investigar y mucho de su desarrollo está dado por una colaboración colectiva de quienes nos implicamos en determinada investigación. A continuación expongo algunos de mis resguardos éticos y reflexivos con esta investigación.

Elementos éticos y reflexivos de esta investigación

De acuerdo a lo que revisé en el apartado anterior y siguiendo las sugerencias de autoras/es como Vallés (1998), Banister et al. (2004) Denzin y Lincoln (2005), Parker (2008); Mayan (2009) y Boeijs (2010), preciso explicitar mis propias premisas en relación a este trabajo sobre desinstitucionalización psiquiátrica.

En este sentido y en el contexto de mi tesis doctoral, me sitúo por tanto en la posición de observadora/participante. Esto significa que me implico en el contexto social al que accedo, con todas mis características biográficas, personales, sociales y globales que describí un poco en el apartado contexto personal de esta tesis. Desde aquí, me posiciono entonces desde el enfoque de la psicología social crítica (Ibáñez, 2001), puesto que tengo afinidades con lo que plantean, especialmente cuando cuestionan los procedimientos de la psicología clásica, tradicional y mainstream, la cual, tiende a estandarizar a las personas, psicologiza todas las experiencias de nuestras vidas o simplemente es funcional a ciertos sistemas de poder como señalan Parker (1992) y Cabruja (2006). También tengo algunas afinidades con aspectos del construccionismo social (Gergen, 1991; Burr, 1995), del feminismo postmoderno (Cabruja y Fernández-Villanueva, 2011) y de los estudios postcoloniales (Fanon, 1971; Said, 2002; Cesáire, 2006).

Pienso que estos enfoques amplían las comprensiones sobre el mundo social, sin arrogarse verdades definitivas sobre procesos de permanente reflexión y transformación. En tal sentido, otorgan más oportunidades para el cambio social, especialmente cuando se trata de cuestionar posiciones dominantes que segregan y excluyen a las personas por ser diferentes o no seguir el patrón común. En especial conexión con las sugerencias dadas desde la crítica feminista, he puesto

atención al lenguaje escrito de esta tesis para no caer en el uso de expresiones sexistas. Para esta tarea también he recurrido a las propuestas que realizan Marçal, Kelso y Nogués (2011), para guiar el proceso de escritura y desarrollo del texto.

Cuando señalo que utilizaré marcos críticos en la realización de esta tesis, cabe una aclaración. Y es que al adscribir a la posición que afirma que la realidad social es construida o que no es independiente de quien la articula como indica el construccionismo, no significa que me quedaré en un permanente relativismo ético y/o político, sino que y de acuerdo con Ibáñez (2001), es para tener en cuenta que en mi vida cotidiana, incluyendo mi devenir como estudiante de doctorado en psicología social de la Universidad Autónoma de Barcelona, tomaré posiciones desde mi conocimiento parcial, local y situado (Haraway, 1996) las cuales defenderé desde ese convencimiento y compromiso (Ibáñez, 2001).

Aquí quiero volver otra vez a la cita de Denzin y Lincoln (1994, en Vallés, 1998, p.12) esbozada al inicio de esta sección de metodología, que habla sobre la importancia de explicitar el reconocimiento de mi contexto histórico, social y cultural en el acto de investigar. Esto me emplaza ineludiblemente a asumir una mirada que está cruzada por lo histórico, lo personal y lo político como señala Parker (2008), que involucra todo el quehacer mismo de la investigación social. De esta forma el reconocer mi historia, el porqué elegí este tema de investigación y demás cuestiones forman parte de este ejercicio indispensable para los estudios críticos en ciencias sociales.

No obstante estas premisas, me interesa mantener una actitud vigilante con los datos del estudio y todos los procesos de la investigación, para así poder analizar un amplio abanico de posibilidades y comprensión de las informaciones obtenidas, para lograr una difracción de estos procesos. Tal como plantea Ibáñez (2001), nada más alejado de mis propósitos sería construir otra visión hegemónica y autocentrada a la hora de producir conocimientos. Si me considero parte del grupo que critica la rigidez de ciertas investigaciones que establecen los procesos sociales como inherentes o con esencia fija, debo entender que todo el conocimiento que trato de articular se encuentra en permanente desarrollo y no constituye, bajo ningún aspecto, la última palabra.

Reconceptualizando después de la ética y la reflexividad

Habiendo revisado anteriormente los encuadres epistemológicos, reflexivos, éticos y el estado de la cuestión vinculado a esta investigación sobre desinstitucionalización psiquiátrica, me encuentro en este punto en mejores condiciones de definir algunas construcciones conceptuales, con el objetivo de ir acotándolas a mis objetivos, puesto que como señalan las investigaciones y teorías en torno al discurso, nuestras palabras tienen infinitos efectos y al menos lo que podamos acotar en pos de una mejor definición del trabajo, puede ayudar a disminuir la variabilidad, a veces desafortunada, de los efectos 'impensados' de la investigación.

De este modo, señalo que cuando me refiera a *neoliberalismo* en este trabajo, lo estaré considerando como ideología, modelo, doctrina y movimiento que derivó del liberalismo, cuyo principio orientador es la reducción del protagonismo económico del Estado y la promoción de la libre competencia. El neoliberalismo, como definen Délano y Traslaviña (1989) no sólo pertenece a la esfera de la economía, sino que ha configurado una ideología específica que se expresa en las formas que tiene en la actualidad el capitalismo y la globalización. La falta de regulación del modelo ha provocado numerosos desequilibrios en las economías de los países y ha abierto una enorme brecha de desigualdad entre quienes acumulan el capital y quienes se empobrecen por las inequidades del sistema, esto se evidencia por ejemplo, con la expansión de los sueldos precarios a nivel mundial y más horas de trabajo, entre otros aspectos.

Askenazy et al. (2011) indican por ejemplo, que este modelo ha invadido a tal modo las políticas públicas de los países, que se ha vuelto el paradigma dominante e incuestionable, no obstante su directa responsabilidad en la actual crisis económica mundial, por la sostenida falta de regulación en la especulación de los mercados. Por estas características, los autores señalan que la actual crisis es mucho más que una crisis económica, puesto que también estamos derivando en crisis social, ecológica y geopolítica, que marca un momento de ruptura histórica, frente al cual, es urgente reflexionar y comprender en qué contextos nos estamos moviendo, especialmente cuando hablamos sobre intervención social, políticas públicas e investigación social. De esta manera, ésta será la visión que tendré presente a la hora de analizar los datos de este trabajo.

Otro término al que recurriré en mi trabajo es el de la *exclusión social*, y para éste tendré en cuenta la definición de Tezanos (1999), que la explica como la marginación que se ubica en el terreno más amplio de lo cultural, y la segregación que tiende a situar a determinadas minorías en posiciones carentes de derechos, libertades y oportunidades vitales. En este sentido, Tezanos (1999) piensa que esta segregación se acompaña, al mismo tiempo, con la manifestación pública de sentimientos de rechazo y repudio que nos remiten a la noción de estigma y discriminación.

En relación a lo que implica el *estigma*, consideraré la definición que aportó Goffman (1963) quien la define como una identidad deteriorada, que se expresa en aquella persona que se halla inhabilitada para una plena aceptación social. En este contexto, el estigma se relaciona con la identidad social, la forma en que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben corrientes y naturales en cada una de estas categorías. El estigma se construye por tanto en la relación social, donde frecuentemente la persona discriminada, o señalada, se moviliza entre ser reconocida como desacreditada (situación actual) y desacreditable (posibilidad futura). Generalmente esto se reconoce como los prejuicios y por tanto el prejuicio antecedería al estigma o más bien lo configura como tal.

De esta forma, espero que mi utilización de los conceptos neoliberalismo, exclusión social y estigma a lo largo de este trabajo, queden dentro de los marcos que aquí he definido y no se presten a confusiones u otras comprensiones diferentes de la línea de mi investigación. Con estas consideraciones conceptuales explicitadas, paso a exponer a continuación, el trabajo de campo de mi investigación.

TRABAJO DE CAMPO

Los datos de esta investigación los recogí en Chile, mi patria, entre los meses de Enero y Octubre del año 2010. Consideré que esto era lo pertinente dada mi condición, como expresé al inicio de esta tesis, de miembro competente (Garfinkel, 1967) de esa cultura y porque como país posee un sistema neoliberal impuesto en Dictadura a partir del año 1973, de manera que funciona bien como ejemplo de

sociedad neoliberal (Délano y Traslaviña, 1989; Klein, 2008). Esta decisión también tuvo mucho que ver con mis pasadas experiencias laborales en salud mental comunitaria en el sistema público de salud.

Para resolver mi problema de investigación, desde el principio tuve la idea de trabajar con participantes que cumplieran al menos los siguientes requisitos:

- Que tuviesen un diagnóstico psiquiátrico y se atendieran en el sistema público de salud.
- Que fuesen familiares o con vínculos afectivos de una persona con diagnóstico psiquiátrico.
- Que formaran parte de equipos de salud mental en el sistema público de salud.

Con estos filtros de participación, como señalan Vallés (1998), Flick (2006), Mayan (2009) y Boeije (2010), comencé la búsqueda de las personas más pertinentes para mi estudio.

Instrumentos utilizados en el trabajo de campo

- Teléfono móvil para contactar a las personas a entrevistar
- Conexión a Internet para contactar por correo electrónico
- Hojas con el consentimiento informado impreso
- Bolígrafos
- Cuaderno de campo
- Guiones de preguntas para entrevistas abiertas semi-estructuradas preestablecidas en el diseño de investigación
- Grabadora, MP3, USB, para registro de entrevistas
- Objetos materiales o simbólicos para agradecer participación a la persona entrevistada

Imprevistos del trabajo de campo

En un principio, calculé que cinco meses dedicados a trabajo de campo eran suficientes. La decisión inicial era lograr realizar entrevistas en profundidad a personas con diagnóstico psiquiátrico y a los equipos de salud mental, en tanto que

con el grupo de familiares pensaba efectuar un grupo de discusión. No obstante, todo eso debió modificarse a partir del terremoto ocurrido en Chile entre las regiones Metropolitana y de la Araucanía el 27 de febrero de 2010.

Como en ese momento vivía en una de las regiones afectadas, tuve serios inconvenientes para re-contactar a las personas participantes. Por tanto, durante la etapa post-terremoto, desistí de realizar el grupo de discusión y me decidí a hacer entrevistas a los tres grupos. Las principales dificultades que añadió este hecho, es que algunas de ellas, tuvieron lugar en medio de réplicas diarias, lo cual generaba un gran ambiente de intranquilidad tanto para las personas entrevistadas, como para mí, por lo que, pienso que cualquier incongruencia que se pueda percibir en ellas, se deba lo más probable a ese factor desestabilizante, el de sentir cómo el suelo se remece, no sólo en las entrevistas, sino durante todo el proceso cotidiano de búsqueda de datos, que implicaba por ejemplo algo tan habitual como utilizar los medios de transporte y/o los ascensores. Sin duda, todo se vuelve inestable en medio de los sismos y es difícil evitar la sensación de inseguridad permanente. Si bien esto forma parte del pasado, las consecuencias de ese terremoto continúa siendo un drama social para miles de familias que se quedaron sin hogar, puesto que la reconstrucción hasta la fecha ha sido lenta, engorrosa y burocrática, una realidad concreta y dura, que se oculta tras la exitosa fachada de indicadores económicos que presenta Chile al exterior.

De esta manera, el trabajo de campo diseñado para cinco meses, se extendió finalmente a diez meses, abarcando el período entre inicios de enero y fines de octubre del 2010. Esto es relevante de acuerdo a lo que Vallés (1998) y Denzin y Lincoln (2005) indican cuando advierten sobre los cuidados que debemos tener en el diseño de la investigación, el cual por supuesto se puede planificar, pero hay que tener en cuenta que siempre el contexto social y geográfico *se mueve* continuamente y debemos estar alertas a imponderables y saber reaccionar a ellos a la hora de estar desarrollando una investigación social (Mayan, 2009). El terremoto del 2010 fue altamente previsible en un territorio como el de Chile. Sin embargo, jamás lo anticipé como variable en el diseño de la investigación.

Tampoco imaginé que las elecciones para la presidencia del gobierno en Chile podrían influir en la investigación. Cada cuatro años desde la reanudación de la democracia en 1990, elegimos presidenta o presidente en el mes de diciembre.

De no haber mayoría absoluta, se realiza la segunda vuelta en enero. Así fue como mucho después advertí que la segunda vuelta de las elecciones presidenciales y el posterior escrutinio en enero de 2010, influyeron en el contenido de las entrevistas, porque se cambió la coalición del gobierno. Después de veinte años volvía a gobernar la derecha, un hecho muy simbólico para el país, porque significaba regresar a una administración bajo la dirección del grupo que había apoyado, o al menos no atacado, la dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990).

Este hecho trajo incertidumbre en el grupo de entrevistadas/os profesionales de salud mental, que aludían explícita o implícitamente al nuevo escenario que se abría para las políticas públicas con el cambio de coalición de centro-izquierda a centro-derecha. Así este contexto político/electoral trataré de situarlo en el apartado del análisis de los datos, tal como proponen para estos casos, Vallés (1998); Banister et al. (2004), Denzin y Lincoln (2005); Flick (2006), Parker (2008); Mayan (2009) y Boeije, (2010).

A pesar de que tuve todos estos problemas o variables inesperadas, puedo decir que finalmente logré ubicar y contar con un grupo de personas que funcionaron como informantes claves. Estas redes estaban integradas por ex compañeras/os de trabajo, otras personas vinculadas a las tareas en salud mental y también amistades que me asesoraron para identificar a las personas que podían participar en el estudio. De acuerdo con ello y a las opciones existentes en medio de los imprevistos mencionados, procuré que las/los participantes 'fuesen lo más heterogéneos posibles' (Hammersley y Atkinson, 1995, p. 38 en Vallés, 1998, p. 91).

De este modo y congruente con la investigación, la muestra de participantes que presento no es representativa, sino comprensiva, lo que implica que se busca con ella, entender los procesos de significación que realizan las personas frente a determinados eventos sociales. Lo sustantivo no es la cantidad de personas que se presenta, sino que se pueda captar la mayor variabilidad de construcciones posibles frente a determinados fenómenos, las cuales pueden incluso hallarse dentro de una sola persona. Todo dependerá de la riqueza de construcciones que se encuentre entre las/os participantes, donde también se consideran puntos de saturación de la información, a los que me referiré en la sección de análisis de los datos (Denzin y Lincoln, 2005; Mayan, 2009; Boeije, 2010).

Los criterios de anonimato, acordamos con las personas participantes que se resguardaran por completo, cuidando de no mencionar su localidad de procedencia, de residencia y de trabajo, cambiando al mismo tiempo, sus nombres reales por ficticios y ocultando cualquier referencia que otorgara la posibilidad de identificarlas. Todas estas decisiones fueron consensuadas con las/os participantes. Si bien alguien expresó que no le importaba ser identificada/o, acordamos finalmente que ello no aportaría nada extra a los objetivos finales de investigación. En consecuencia, convenimos así que todas las personas permanecerían en el anonimato.

Técnica de recogida de información para el trabajo de campo

Decidí realizar entrevistas abiertas semi-estructuradas (Sierra, 1998), porque es una técnica en la que tengo algunas competencias, debido a mis años de experiencia entrevistando personas en mi trabajo como psicóloga en Chile, lo que en su momento fue convenido también con mi Directora de Tesis, Dra. Teresa Cabruja i Ubach.

En cuanto a las entrevistas, desde la teoría se señala que se reconocen como una forma para recuperar y/o producir la experiencia, percepción, discurso, relato o narración personal de alguien, en donde una persona (entrevistador/a) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados/as, informantes) para obtener datos sobre un problema determinado (Ortí, 1993; Denzin y Lincoln, 2005; Parker, 2008; Mayan, 2009). De este modo, la entrevista se caracteriza por buscar la profundidad o la densidad del relato, y puede ser llevada en base a un guión de temas o preguntas que interesa conocer sobre alguien, pretendiendo a través de la producción de un conjunto de saberes privados y/o discursos personales, la construcción del sentido social de su comportamiento individual o del grupo de referencia de esa persona. A decir de Rodríguez, Gil y García (1999, p.4):

El comienzo de una entrevista en profundidad se asemeja al de una conversación libre en la que los interlocutores hablan de un modo relajado sobre distintos temas cotidianos. El entrevistador poco a poco introduce preguntas buscando respuestas que proporcionan puntos de vista generales sobre un problema, descripciones amplias de un acontecimiento o narraciones que cuentan el desarrollo de una

institución, el trabajo en una clase, etc. No es aconsejable, en estos primeros momentos de la entrevista, preguntar por los detalles concretos de una actividad o por las razones que explican determinada conducta. Lo que perseguimos -aparte de una primera aproximación al punto de vista de nuestro informante- es desarrollar en él un sentimiento de confianza y el permitirles hablar sobre temas y aspectos que conoce o ha experimentado sobradamente contribuye a crear ese sentimiento (Rodríguez, Gil y García, 1999, p.4).

Existen diferentes clasificaciones sobre el contenido de las preguntas de una entrevista. Una de las más didácticas es la propuesta de Patton (1980, en Vallés, 1998), quien distingue entre: preguntas demográficas/biográficas, preguntas sensoriales, preguntas sobre experiencia/conducta, preguntas sobre sentimientos, preguntas de conocimiento, preguntas sobre opinión/valor. Las preguntas demográficas o biográficas se formulan para conocer las características de las personas entrevistadas. Aluden a aspectos como edad, situación profesional, formación académica, entre otras. Las preguntas sensoriales son cuestiones relativas a lo que se ve, escucha, toca, etcétera. Las preguntas sobre experiencia se formulan para conocer lo que hace o ha hecho una persona. Las preguntas sobre sentimientos están dirigidas a recoger las respuestas emotivas de las personas hacia sus experiencias. Las preguntas de conocimiento se formulan para averiguar la información que la persona tiene sobre los hechos o ideas que estudiamos. Las preguntas de opinión/valor se plantean para conocer el modo en que las personas valoran determinadas situaciones.

En las entrevistas pueden plantearse al menos tres tipos generales de preguntas: descriptivas, estructurales y de contraste. Las descriptivas permiten conocer el contexto en que la/el informante desarrolla sus actividades rutinarias y aquí es muy importante atender a la forma en que se alude a ellas como construcción del discurso. Las preguntas estructurales y de contraste, sirven para ir retomando lo dicho y verificar si la interpretación que uno hace como entrevistador/a se ajusta en algo a lo que la persona quiere decir.

También y de acuerdo con Sierra (1998) las entrevistas cualitativas se conciben como abiertas (en contraposición a las preguntas de cuestionario que son cerradas) y que a su vez pueden clasificarse en: abiertas de conversación informal,

que se utilizan cuando el factor de la oportunidad es clave, por ejemplo cuando un informante se encuentra en el lugar sin concertar cita, o cuando un tema se halla en un nivel exploratorio y aún no hay interés por estandarizar o unificar preguntas, etc., las abiertas en profundidad, que no proporcionan las formulaciones textuales de preguntas, ni sugieren las opciones de respuesta, sino que siguen un esquema con los tópicos a tratar, líneas de indagación, estrategias y provocaciones del discurso, y, las abiertas semi-estructuradas que son en base a un guión de preguntas, proporcionando así las cuestiones a realizar como una orientación susceptible de ser modificada, formulándose de manera general y dejando apertura a la reacción de la persona entrevistada.

Es fundamental durante la entrevista la presencia de la confianza mutua, teniendo en cuenta que toda entrevista conlleva una desigualdad de poderes como señalan Denzin y Lincoln (2005) y Mayan (2009). En esta línea, se aconseja crear un ambiente de relajación para disminuir las tensiones que la persona puede tener al momento de enfrentar la entrevista y esto implica simplemente romper el hielo por ejemplo, mediante una conversación informal sobre asuntos de la vida cotidiana.

El procedimiento que seguí para el diseño de la entrevista fue primero optar por la de tipo abierta semiestructurada. Esta decisión la tomé en conjunto con la evaluación de mi Directora de Tesis, Dra. Teresa Cabruja i Ubach, considerando que esta modalidad de entrevista me daría más garantías de introducir las preguntas que podíamos diseñar previamente. Como señalan los autores Vallés (1998); Ruiz Olabuénaga, e Ispizúa, (1989) y Rodríguez, Gil y García (1999) para realizar el guión de preguntas, consideramos los objetivos, posibles resultados y otras variables que hicieron que este proceso fuese progresivamente perfilando mejor un conjunto de cuestiones a saber de las personas. De este modo fui completando el guión de preguntas para hacer la entrevista y lograr una conversación fluida y espontánea.

En cada uno de los guiones, se contemplaba primero realizar una parte inicial de introducción para establecer un ambiente cómodo para la/el entrevistada/o. Luego de eso, comenzaba las entrevistas con cuestiones muy abiertas, teniendo en cuenta, como dice Sierra (1998), que las preguntas en este caso, funcionan como una orientación susceptible de ser variada, por lo que, como se apreciará en la transcripción de las entrevistas, éstas no siempre fueron hechas de forma textual,

sino que se introducían en un momento específico y dependiendo de cómo iba el ritmo de la conversación. Esto me permitió ir entreveyendo las reacciones de las personas entrevistadas e ir decidiendo entonces en qué orden y de que forma iban saliendo las interpelaciones. La entrevista abierta semi-estructurada me permitió por tanto, si bien tener un diseño prefijado, tener más opciones para respetar la particularidad de cada participante. De este modo, los tres guiones se establecieron así:

Guión de entrevista abierta semi-estructurada con pauta de preguntas para personas con diagnóstico psiquiátrico

Aquí el objetivo central era localizar opiniones, sentimientos, construcciones sociales y significados en torno a todo lo que les inquietaba en salud mental:

- ¿Que podrías contarme sobre tu vida?
- ¿Podrías describirme cómo es un día normal para ti?
- ¿Qué actividades desarrollas en un día normal? ¿Son de tu agrado?
- ¿Qué personas ves a diario y cómo te relacionas con ellas?
- ¿Qué piensas sobre las personas que trabajan contigo en tu proceso de tratamiento?
- ¿Te gusta tu tratamiento? ¿Crees que podría ser realizado de otra forma?
- ¿Has estado alguna vez en desacuerdo con algún procedimiento?
- ¿Podrías decir algo con respecto al sistema de salud público?
- ¿Cómo te imaginas a ti misma/o en cinco años más? ¿Hay algo que te gustaría alcanzar o lograr?

Guión de entrevista abierta semi-estructurada con pauta de preguntas para equipos de salud mental

El objetivo aquí era conocer la opinión de las personas sobre las políticas de desinstitucionalización, así como las fortalezas y debilidades que identificaban del proceso, y su posición frente a las personas con diagnóstico psiquiátrico:

- ¿Cómo describiría su ocupación laboral?
- ¿Qué recomendaría a alguien que ingrese a trabajar por primera vez con diagnosticadas/os psiquiátricas/os?
- ¿Qué actividades realiza en un día normal en su trabajo?

- ¿Puede organizarse este tipo de trabajo de forma distinta a la actual?
- ¿Qué puede decir sobre las políticas de salud mental?
- ¿Qué piensa de los diagnósticos psiquiátricos?
- ¿Cómo cree que van a ser en cinco años más los centros de salud mental? ¿Y las políticas de salud mental?

Guión de entrevista abierta semi-estructurada con pauta de preguntas para familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico

El objetivo en este caso, era conocer cómo las familias evaluaban las políticas de desinstitucionalización, así como a las/os profesionales de la salud mental y su propio rol como familiar/es o vínculo significativo con la persona con diagnóstico psiquiátrico:

- ¿Cómo es la relación con tu familiar cercana/o que tiene diagnóstico psiquiátrico?
- ¿Qué podrías decirme sobre las políticas de salud mental?
- ¿Qué podrías decirme sobre los equipos de salud mental?
- ¿Qué podrías decirme sobre los tratamientos?
- ¿Cómo visualizas la atención de salud mental de aquí a cinco años más?

Forma de registro y almacenamiento de entrevistas

Las entrevistas se registraron por medio de grabadora MP3, USB, para cada participante. El tiempo de interacción promedio fue de 45 – 90 minutos, en el que procuré seguir el guión de preguntas preestablecido. No obstante, se dio la dinámica más variable que señalaba Sierra (1998), por lo tanto, en muchas ocasiones las preguntas fueron cambiando de orden y siguiendo el ritmo de la persona entrevistada, sin perder de vista los objetivos propuestos en torno a las políticas de salud mental en Chile y la experiencia de las personas asociadas a ellas.

Transcripciones de entrevistas

Las transcripciones las realicé en catorce meses, siendo un trabajo bastante minucioso en que intenté ser lo más fiel a los audios. De acuerdo con las recomendaciones de Banister et al. (2004), numeré por separado cada línea

transcrita en cada una de las entrevistas, para facilitar la fácil referencia a ellas, no obstante, para analizar la información, la numeración la dejé para cada pregunta y respuesta, en donde simultáneamente adjunté una columna para escribir las reflexiones que fui realizando a modo de análisis.

En relación al procedimiento de transcripción, he tomado una adaptación de Bassi (2011), puesto que mi propósito de investigación no era realizar un análisis de la conversación (Edwards, 1994; Antaki, 1998) donde es usual utilizar el código de transcripciones de Jefferson (1984). Utilicé la propuesta de Bassi (2011) más bien porque requería conocer el contenido de la entrevista y alguno que otro indicador que señalara un cambio relevante en el sentido del discurso que se planteaba. Los códigos de transcripción que utilicé se pueden revisar en Anexo n° 2.

Selección de participantes para el trabajo de campo

El primer contacto con informantes clave la hice en enero de 2010, con mis excompañeras/os de trabajo. De esos datos que me dieron, fui tomando nota de nombres, correos y teléfonos de integrantes de equipos de salud mental, así como de personas con diagnóstico psiquiátrico que estaban atendándose en el sistema público. Al menos en más de la mitad, de un conjunto aproximado de treinta contactos, pude examinar las disponibilidades, así como las resistencias, dudas y rechazos.

Un mes después del terremoto, ya en marzo de 2010 y en medio de las ciudades intentando recomponerse, me propuse retomar estos contactos. Algunos se habían perdido o las personas ya no querían ser entrevistadas. Para entonces, todos queríamos estar cerca de la familia, debido a las réplicas de los sismos y por la posibilidad que ocurriera otro desastre de similar magnitud. Indagué entonces por asociaciones de familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico, focalizando ciudades, a las que yo hipotéticamente podría llegar sin problemas y con mis medios, para comentarles sobre mi trabajo de investigación, tarea en que Internet me brindó un valioso apoyo, pese a que también hubo problemas de conexión y bastantes caídas de los sistemas debido a lo frágil que quedaron las conexiones post-terremoto. No obstante, fue así como obtuve otro listado de potenciales participantes.

Finalmente después de estos procesos, pude definir en concreto un grupo de trece personas como participantes procedentes de las regiones Metropolitana hasta la del Bío-Bío, que abarca un espacio territorial de 500 kilómetros de longitud, tomando a Santiago como punto de partida. Las personas participantes fueron ubicadas en uno de los tres grupos del diseño de la investigación de la siguiente manera: cuatro personas con diagnóstico psiquiátrico, tres familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico, seis profesionales que pertenecen a equipos de salud mental.

Como revisé en la sección de ética y reflexividad, como persona que investiga y de acuerdo al método cualitativo, también yo era una participante y fue así como me presenté ante las/os potenciales participantes. De este modo, les di a conocer mi nombre, los motivos de la entrevista, mi condición de estudiante, los objetivos del estudio, advirtiéndoles siempre que la idea era conocer su impresión sobre el sistema de atención de salud mental. También les hice saber que requería grabar la entrevista y el tiempo aproximado que se necesitaba.

Percibí que casi todas las personas manifestaron interés y disposición por participar y muchas querían que pasáramos de inmediato a la entrevista. En cuanto a los efectos probables pre y post-entrevista, les mencioné que podrían sobrevenir otras preguntas e inquietudes, de manera que a cada persona le di mi número de teléfono móvil y correo electrónico para que pudiesen contactarme en caso de duda, incomodidad, etcétera.

Sobre la condición de anonimato, acordamos ocultar la identidad y procedencia. La mayoría mostró interés en recibir posteriormente una copia del trabajo para ver cómo su colaboración quedaba inserta en la investigación, aún cuando apareciesen como anónimas/os. Esta conversación la sostuvimos antes de la entrevista. En cuanto al consentimiento informado (Anexo n° 1) propiamente tal y en el entendido que habíamos tratado los objetivos, firmábamos el mismo algunas veces al principio y otras al final de la entrevista.

Estos fueron algunos de los resguardos para proteger la integridad de quienes participaron. A lo largo de las transcripciones también es posible apreciar cómo cualquier referencia a nombres propios y ciudades, entre otros, están tachados, siguiendo las sugerencias de confidencialidad que encontré en Bassi

(2011). De todas formas, las profesiones y a veces los cargos de quienes integran los equipos de salud mental quedaron visibilizados fundamentalmente para realizar un análisis de las posiciones de poder que ocupan éstos entre el grupo, intentando al máximo que aún con ello, quedasen inidentificables.

También como parte de las sugerencias de la ética de la investigación expongo que me refiero a las/os participantes indistintamente como coinvestigadoras/es, de acuerdo con lo que señalan Vallés (1998); Denzin y Lincoln (2005); Parker, (2008) y Mayan (2009) sobre el compromiso de igualdad que debemos asumir con quienes participan en los estudios que buscan un sentido crítico.

La selección final de mis coinvestigadoras/es se realizó bajo los criterios de accesibilidad y heterogeneidad (Hammersley y Atkinson, 1995, p. 38 en Vallés, 1998, p. 91; Denzin y Lincoln, 2005), en donde fue muy valioso mantener los contactos de mi previa experiencia profesional y también el conocer cómo funcionaban los grupos de apoyo de las personas con diagnóstico psiquiátrico. En otras ocasiones, se daba el caso que mis coinvestigadoras/es, me propusieron más candidatas/os a entrevistar, lo que también se conoce como técnica de bola de nieve (Vallés 1998, p. 92, es un muestreo no probabilístico propuesto por Goodman en 1961 en la Universidad de Chicago, con su artículo 'Snowball Sampling').

Un criterio igualmente muy importante para mí fue conocer la disposición de la persona a la entrevista. Cuando lograba dar con alguien que accedía a participar, su actitud en general era favorable hacia el estudio. No obstante, en el grupo de familiares encontré más resistencias. Del porqué sucedió esto lo he tratado de reflejar en el análisis, en donde este aspecto en particular, lo he tratado como material reflexivo para bosquejar posibles y diferentes causas de la coincidente reticencia a participar en el estudio de las/os familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico.

Para lograr un contacto, procedía de la siguiente forma. Primero, la/el informante clave me daba algunos nombres, teléfonos y correos electrónicos, luego yo enviaba un mensaje o llamaba y me presentaba como ya expuse anteriormente. Una vez que accedía la persona, le proponía que la entrevista se realizara el día, la hora y el lugar donde se pudiera sentir lo más cómoda posible para conversar. Este

fue el motivo por el cual hubo entrevistas en espacios distintos: hogar, trabajo y cafetería. Este procedimiento me garantizaba menos inasistencias, de modo que cuando las personas consideraron en algunas ocasiones cambiar el día, la hora y el lugar de la entrevista, estuve preparada para el cambio, siguiendo las sugerencias de Montenegro y Pujol (2008), sobre la importancia de comprender las derivas propias de lo humano cuando planificamos acciones y encuentros en una investigación.

Como una forma también de armonizar las relaciones de poder que podían aparecer en la interacción con las/os entrevistadas/os (García, 1995), consideré importante contemplar un objeto de intercambio o agradecimiento para las personas participantes. Pensé que de alguna manera esto podía equilibrar este espacio, puesto que era yo la que sacaba, simbólicamente hablando, la información de las personas. A mi juicio, esto tiene el sentido de igualar la relación entre personas y lo del intercambio en este contexto aparece como un valor ético, en el entendido de una relación que da y recibe por igual y que otorga la misma posibilidad/capacidad de agencia a las partes involucradas. Valoro que una persona me dé parte de su tiempo para compartir su mundo, sus subjetividades, especialmente, cuando se trata de una actividad que a simple vista se inicia por una demanda unilateral, iniciada por mí. De este modo, el objeto de intercambio fue siempre algo simbólico, desde una nota escrita de agradecimiento, hasta el pago del consumo en las ocasiones en que compartimos la entrevista en una cafetería.

Descripción de participantes o co-investigadoras/es

En el análisis intento revelar en detalle lo que rodea y contiene el discurso/contexto/enunciación de cada entrevistada/o. Mientras tanto a continuación presento una breve ficha de caracterización por grupo de entrevistadas/os: 4 personas con diagnóstico psiquiátrico, 3 familiares, 6 integrantes de equipos de salud mental.

Personas con diagnóstico psiquiátrico

Nombre	Edad, oficio o profesión	Diagnóstico	Período en tratamiento	Fecha de la entrevista	Lugar de la entrevista
Luis	37 años, sin oficio y nunca ha trabajado	Esquizofrenia	20 años	Abril 2010, 16:00 hrs.	En su casa

Juan	38 años, estudiante universitario	Esquizofrenia	18 años	Mayo 2010, 15:00 hrs.	En cafetería de la Universidad donde estudia
Omar	31 años, conserje de un edificio	Trastorno Bipolar	6 años	Junio 2010, 11:00 hrs.	En cafetería de la ciudad donde reside
Ana	27 años, masajista	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	8 años	Septiembre 2010, 11:00 Hrs.	Entrevista realizada en dependencias de Hospital de día

Luis: Contactado por informante clave excolega de trabajo. Esa persona me comentó que Luis era hijo de una amiga suya y me dio su número telefónico. Por esta vía, la madre me comentó que a su hijo Luis le gustaba mucho conversar, vivían juntos con el padre y que actualmente no estaba participando en ninguna actividad, ni trabajando, ni asistiendo a centro ambulatorio de salud, sino que solamente recibía tratamiento farmacológico para su diagnóstico de esquizofrenia. Me comentó que Luis tenía 37 años de edad y que desde la adolescencia tomaba los fármacos. La segunda vez que llamé, me contestó el padre de Luis que ya estaba informado sobre la entrevista y Luis estaba esperando. De inmediato me pasó con él y en ese momento quedamos de acuerdo para la entrevista. Me dijo que ‘le gustaba mucho su casa’ y era lo más cómodo para él, indicándome además que estaba muy ‘contento’ de participar en un estudio. La entrevista se realizó en su casa en abril de 2010. Al llegar, me abrió la puerta el padre, quien me dijo que por estar jubilado casi siempre estaba en casa y que la madre estaba trabajando. Luis estaba en el salón. Allí le mostré el consentimiento informado, la grabadora y aceptó esas condiciones. El padre estuvo fuera de casa durante toda la entrevista, la que se extendió por unos 90 minutos. Durante ese tiempo hubo dos réplicas de sismo, pero luego pudimos continuar sin problema alguno.

Juan: Fue contactado por informante clave de una de las redes de familiares de usuarias/os de salud mental que encontré por Internet. El informante me dio el teléfono de Juan, comentándome además que Juan era una persona muy dinámica y ‘comprometida’ con la comunidad y que les hacía ver que alguien con diagnóstico de esquizofrenia era capaz de hacer muchas cosas y vivir normalmente. En ese momento al informante clave le llamaba la atención que Juan estuviese estudiando una carrera universitaria y que se ganara la vida por medio de becas y dictando clases de matemáticas en el barrio. Cuando lo llamé por teléfono, Juan mostró una gran disposición a participar en la investigación y fijamos día, lugar y hora de la entrevista de acuerdo a su disponibilidad. La entrevista se realizó en el mes de

mayo de 2010 en la cafetería de la Universidad donde estudia, por ser un lugar 'muy agradable' para él y porque 'no quería perder clases' y su rutina era estar en el campus todo el día. En ese primer contacto telefónico, Juan me comentó que 'hacía como 20 años' que tenía la esquizofrenia y que tenía muchas historias para contarme. El día de la entrevista coincidimos en puntualidad y aceptó las condiciones del consentimiento informado y la grabación de la entrevista. En la cafetería había más gente alrededor, pero Juan escogió una ubicación más alejada del público y se pudo realizar la entrevista sin problemas.

Omar: Fue contactado a través de Juan, uno de los participantes del grupo de entrevistadas/os. Yo le había dejado mi número de móvil a Juan después de la entrevista en caso hubiese tenido alguna duda o pregunta sobre la investigación. Un día recibí la llamada de Omar, presentándose como 'amigo de Juan' y que 'también le interesaba participar' del estudio. En ese momento, añadió: 'tengo un diagnóstico como Juan' y que antes se había atendido en el hospital, también me indicó que 'trabajaba de conserje' y no tenía tantos horarios disponibles, pero que igual estaba interesado en conversar sobre su vida. Finalmente acordamos día, lugar y hora para la semana siguiente de su llamada, en una cafetería de la ciudad donde reside, porque allí tenía 'mucho confianza' y que 'lo conocían como cliente'. Dos días antes del encuentro, Omar me llamó para decir que no podía asistir por un cambio de turno que le impusieron en el trabajo. Me solicita otro día y quedamos para la subsiguiente semana, un día que tenía libre porque cumpliría 31 años de edad. El día de la entrevista, en junio de 2010, coincidimos puntualmente en las puertas de la cafetería. Le di a conocer el consentimiento informado y la condición de la grabación de la entrevista, a lo que no presentó objeción alguna. En la cafetería había poco público y se confirmó que conocían a Omar porque desde la barra lo saludaron cordialmente cuando ingresamos. La entrevista duró unos 40 minutos y se desarrolló sin dificultades.

Ana: Contactada a través de informantes clave vinculadas/os a mi antiguo empleo como psicóloga de un hospital diurno. Primero realicé contactos telefónicos y por correo electrónico, posteriormente fui invitada al centro de salud ambulatorio donde conversé con el equipo de salud que dirigía la iniciativa. El mismo equipo inquirió entre las personas usuarias del centro, su disponibilidad para participar en el estudio. Ana aceptó de inmediato. La entrevista fue realizada en septiembre de 2010 en las dependencias del hospital de día en una sala privada. Ana firmó el

consentimiento informado y le expliqué lo de la grabación y los objetivos de la entrevista. De la información escrita que encontré sobre ella en la ficha del centro, explicaba que Ana tenía 27 años de edad y que desde los 19 estaba diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo. No obstante, nunca había sido hospitalizada por ello. También se indicaba que vivía con madre y padre, que tenía estudios universitarios inconclusos y que trabajaba en forma independiente de masajista. La conversación con Ana se extendió alrededor de una hora y no tuvimos inconvenientes ni interrupciones. No solicité la participación de las/os miembros del equipo de salud mental del Hospital de Día puesto que ya tenía para esa fecha 6 entrevistas realizadas con profesionales y lo cierto es que necesitaba equilibrar el número de participantes en los tres grupos (con diagnóstico, familiares y equipos).

Familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico

Nombre	Vínculo	Datos	Familiar con	Años tratamiento	Fecha de entrevista	Lugar entrevista
Laura	Madre	50 años, comerciante	Esquizofrenia	13 años	Mayo 2010, 16 Hrs.	En su casa
Cristian	Amigo	32 años, estudiante y trabajador	Esquizofrenia	18 años	Agosto 2010, 17 Hrs.	En su casa
Romina	Hermana	38 años Trabaja en área social	Esquizofrenia	20 años	Octubre 2010, 20 hrs.	En cafetería de ciudad donde reside

Laura: Fue contactada por informante clave de asociación de familiares de usuarias/os de las redes de salud mental halladas por internet. Cuando llamé por teléfono a uno de estos grupos, me pidieron que enviara un mensaje a la organización y les escribí para comentarles sobre la investigación. En el plazo de unos días me respondieron enviando el correo electrónico de personas que podrían participar como familiares. Del total de cinco personas que contacté, solamente una me respondió afirmativamente y otras dos adujeron falta de tiempo. Las otras dos no respondieron nada. Laura fue quien respondió con interés de participar, me envió su teléfono y comentó en su mensaje electrónico que era madre de un joven con esquizofrenia de 26 años de edad. Cuando la llamé por teléfono, me comentó que ella era comerciante, tenía 50 años de edad y acordamos la entrevista que finalmente se realizó en mayo 2010 en su casa. Me dijo que era 'su rincón', porque fuera de ella 'siempre tenía mucho que hacer'. El día de la entrevista comenzamos puntualmente a la hora señalada y me recibió en el salón de su casa. Le expliqué lo del consentimiento informado, la grabación de la entrevista y aceptó estas

condiciones. La entrevista se extendió alrededor de una hora y solamente la interrumpimos algunos instantes al presentarse breves réplicas de sísmos.

Cristian: Fue contactado por un excompañero de mi antiguo trabajo. Me comentó que Cristian era un joven que participaba en una agrupación de su barrio, donde mi colega ofrecía sesiones de fortalecimiento organizacional y que alguna vez había vivido con un amigo muy cercano que tenía esquizofrenia y que estaba seguro que aún lo eran y que realizaban muchas actividades juntos. Ofreció que la próxima vez que lo viera le preguntaría si le interesaba participar de la investigación. Pasó un mes. El colega contactó con Cristian quien aceptó enviarme su correo electrónico. A continuación le escribí a Cristian, dándole a conocer las razones de la entrevista y le solicité su número de teléfono. Cristian me respondió positivamente, me envió su número y lo llamé. Conversamos y me comentó que su amigo era como 'un hermano' para él, y que habían vivido juntos algún tiempo y que compartía muchas actividades con él, de modo que lo conocía bien y estaba al tanto de su tratamiento y de las cosas que Cristian debía enfrentar cotidianamente. También me explicó que aunque no tenían tanta diferencia de edad (Cristian 32 y su amigo Roberto 35) le parecía que Roberto era mucho más maduro que él mismo y que mucha gente con la que interactuaba a diario. Acordamos realizar la entrevista en su casa, porque entre estudio y trabajo me señaló que era el único sitio donde podía estar más tranquilo, puesto que aunque compartía casa con otras personas siempre estaba solo. La entrevista se realizó en agosto de 2010 en el comedor de su casa, en el horario acordado y con la aprobación del consentimiento informado y de la grabadora. La conversación se prolongó unos 50 minutos. Al finalizar, le propuse a Cristian preguntar a Roberto si deseaba participar de la investigación. No se pudo, debido a las recargadas actividades que Roberto tenía. No obstante, Cristian tenía una amiga que vivía en otra ciudad, que había tenido un hermano con esquizofrenia. De este modo, me dejó su correo electrónico para contactarla y así llegué hasta Romina.

Romina: Fue contactada gracias al dato de Cristian, quien me entregó su correo electrónico. Le escribí para ponerme en contacto y explicarle el interés de la investigación. Romina me respondió afirmativamente y envió su número telefónico. Cuando la llamé, le expliqué que la entrevista era para indagar más que nada, su impresión de las políticas públicas en salud mental y su experiencia como familiar de persona con diagnóstico psiquiátrico. Acordamos día, lugar y hora de la

entrevista. Romina eligió una cafetería de la ciudad donde reside, que para ambas resultó el lugar más cómodo para conversar. La entrevista se realizó en octubre de 2010 y le expuse antes sobre el consentimiento informado y la grabación. La entrevista se extendió alrededor de una hora. En la cafetería había poco público, por lo que pudimos realizar la entrevista sin interrupciones.

Profesionales que pertenecen a equipos de salud mental

Nombre	Edad, oficio o profesión	Trabaja hace	Entrevista	Lugar de la entrevista
Diana	36 años, Psicóloga	10 años	Abril 2010	En su casa 19:00 hrs.
Ivanna	33 años, Psicóloga	10 años	Abril 2010	En oficina de su trabajo, 15:00 hrs.
Germán	30 años, Psicólogo	6 años	Mayo 2010	En su casa, 18:00 hrs.
Samuel	50 años, Psiquiatra	25 años	Agosto 2010	En oficina de su trabajo 10:00 hrs.
Patricia	40 años, Tr.Social	15 años	Agosto 2010	En oficina de su trabajo 12:00 hrs.
Sonia	46 años, Psiquiatra	20 años	Septiembre 2010	En oficina de su trabajo 13:00 hrs.

Diana: Contactada por una excompañera de trabajo, quien me señaló que Diana es psicóloga, en ese momento con licencia médica (de baja laboral) y que era muy colaboradora en el trabajo, por lo tanto, me dio su correo electrónico para comentarle sobre la investigación. Diana me respondió afirmativamente. Podíamos reunirnos en su casa y me envió el número telefónico. Cuando la llamé me comentó que hacía diez años trabajaba en el área de salud mental y que le interesaba dar su opinión sobre lo que había visto en sus años de experiencia laboral. La entrevista fue realizada en abril del 2010 en su casa y aceptó sin problemas el consentimiento informado y la grabadora. La conversación se extendió alrededor de una hora en el salón y solo tuvimos ocasionales pero encantadoras interrupciones de sus dos pequeñas hijas.

Ivanna: Fue contactada directamente, porque la conocía desde mi pasada experiencia laboral. Ella trabajaba en una ciudad cercana a la mía como psicóloga de un programa de atención comunitaria y por tanto, yo sabía que llevaba más de 8 años trabajando en salud mental. Le escribí un mensaje y me respondió afirmativamente para participar en la investigación. Acordamos día, lugar y hora de inmediato. Ivanna prefirió realizar la entrevista en su oficina de trabajo, para lo cual destinó una de sus horas administrativas como directora del centro comunitario

donde trabajaba. La entrevista se realizó en el mes de abril de 2010 sin problema alguno con el consentimiento informado y la grabadora de audio. La conversación se extendió alrededor de 70 minutos incluyendo las suspensiones por dos réplicas de sismo. Al finalizar, me dio el correo de un colega que trabajaba en otra instancia de salud mental de la misma ciudad.

Germán: Lo contacté gracias a la información que me proporcionó Ivanna. Le escribí explicándole de qué trataba la investigación y a los pocos días me respondió que aceptaba participar y me envió su número de teléfono. Cuando lo llamé, me comentó que efectivamente era psicólogo, tenía 30 años de edad y que llevaba seis años trabajando en el área pública de salud mental y que siempre habían cosas de su trabajo que lo sorprendían. La entrevista se realizó en mayo de 2010 y Germán ofreció su casa donde vivía con su pareja y su pequeña hija. Ahí se sentía más cómodo 'fuera del ambiente institucional que a veces era muy pesado'. Aceptó las condiciones del consentimiento informado y la grabación de audio. La conversación transcurrió alrededor de una hora, sin interrupciones salvo por una leve réplica de sismo en medio de la entrevista y con la llegada de su familia a casa, casi al final de la entrevista. Al terminar, Germán me entregó el teléfono y la dirección de su consultorio privado para que ubicara a una psiquiatra que allí trabajaba y podría ser entrevistada.

Sonia: La contacté por medio de Germán, quien me comentó que Sonia era una psiquiatra con quien compartía consulta privada junto con otras/os profesionales. Me dio la dirección y teléfono del consultorio y comentó que Sonia trabajaba en otra comuna del área pública de salud mental, desde hacía más o menos 15 años y que pensaba que podía ser afín a los temas que yo indagaba. Fui al consultorio y dejé con la secretaria una nota para Sonia, en donde me presentaba y explicaba los objetivos de la entrevista, dejándole además de mi número telefónico y correo electrónico. Como no recibí respuesta en varias semanas, volví al consultorio y la secretaria me dijo que Sonia estaba al tanto de mi nota y que por falta de tiempo no había podido contactarme, pero que podía pasar al día siguiente. Me presenté al día siguiente y conocí a Sonia, quien me hizo entrar a su oficina y me propuso hacer la entrevista en ese mismo momento. Afortunadamente iba preparada, de manera que le presenté lo del consentimiento informado y la grabadora de audio y me pidió que si bien le interesaba mucho el tema, no podía extenderse por más de una hora por motivos laborales. La entrevista se realizó así en septiembre de 2010 en la

oficina de su trabajo destinada a consulta psiquiátrica privada. La conversación duró unos 50 minutos y no tuvimos interrupción alguna durante la misma.

Samuel: Lo contacté por correo electrónico, luego de leer algunas de sus publicaciones en relación a la psiquiatría comunitaria que circulaban por Internet y en su relación con algunas asociaciones de usuarias/os de salud mental. Además encontré su blog donde daba a conocer que era médico psiquiatra, jefe de una unidad del servicio público de salud en determinada ciudad. Me respondió afirmando que en general accedía a participar en lo que tuviese relación con la salud mental comunitaria. Me envió el teléfono del trabajo y el correo electrónico de su secretaria para acordar la entrevista. Llamé y fui muy bien acogida por la secretaria, con quien acordamos día, lugar y hora para la entrevista con Samuel en la oficina de su lugar de trabajo, puesto que fuera del horario laboral le era imposible. La entrevista se realizó en agosto de 2010 y Samuel no tuvo objeciones con el consentimiento informado ni la grabadora de audio. La entrevista duró alrededor de dos horas y media, debido a las múltiples interrupciones propias de sus responsabilidades como jefe de la unidad ambulatoria. No obstante, logramos recoger las ideas y conceptos que Samuel tenía frente a las políticas de salud mental.

Patricia: La encontré gracias a una informante clave del área administrativa de un servicio de salud de una comuna cercana donde yo vivía y cuando la contacté me comentó de una amiga que había asumido la Jefatura del Centro Comunitario de Salud Mental de la ciudad y que lo novedoso era que se trataba de una trabajadora social, que seguro le iba a interesar participar del estudio. Le escribí a Patricia explicándole sobre la investigación. A los pocos días obtuve positiva respuesta y me dio el teléfono de su trabajo. Cuando la llamé, me comentó que tenía 15 años de experiencia en el área de salud mental y que se sentía muy motivada a colaborar con mi estudio, porque ella además dictaba clases en universidades y sabía que este tipo de estudios ayudaban mucho para las generaciones de profesionales en formación. De esta manera, me solicitó realizar la entrevista en su mismo trabajo, en un horario que tenía destinado para sus tareas administrativas. La entrevista se realizó en agosto de 2010 y Patricia aceptó las condiciones del consentimiento informado y la grabación en audio. La conversación se extendió casi una hora con breves interrupciones por alguna llamada telefónica a su oficina.

Síntesis de la descripción de participantes o co-investigadoras/es

Como mirada general sobre todas/os las/os participantes, puedo decir que es posible encontrar en esta selección las características que sugieren Valles (1998) y Denzin y Lincoln (2005) sobre lo que debiera estar presente en una muestra cualitativa: heterogeneidad, es decir, numerosas experiencias distintas que se puedan analizar; accesibilidad, si se pudo llegar o no al campo de estudio, y en qué condiciones se acordó o negoció el acceso, etc.; variación, si se pudo escoger desde variados contextos a las personas y tipicidad, si están presentes los distintos tipos de edad, sexo u otras características. Lo importante es que todas estas selecciones sean conducidas por un planteamiento conceptual que debe enseñar diferentes aspectos, momentos, lugares, y personas.

Al reflexionar en ello, pienso que estas características estarían dadas en cierta forma por los criterios de sexo, edad, años de tratamiento, profesión, ocupación, intereses y nivel de manejo de la información que muestran mis co-investigadoras/es. Es posible que todo haya sido mejor sin los factores terremoto y elecciones presidenciales, no obstante, igual pienso que hemos logrado con las personas participantes apuntar hacia los objetivos centrales de esta investigación.

Como recuento y síntesis de la selección de participantes, me queda señalar que las trece personas presentes en este estudio, entregan sus construcciones sobre diferentes temas vinculados a la salud mental, a la desinstitucionalización y a las políticas públicas. El análisis de estas construcciones, va en la secciones de resultados, análisis y discusión en donde intento además transmitir esta información que las/os participantes articularon, aún cuando tengo presente que esto es prácticamente imposible como señala Spivak (2009).

Comentarios al cierre del trabajo de campo

Sin duda el proceso de investigación es un continuo aprendizaje, que particularmente no debe cerrar, sino más bien abrir y bosquejar todas las acciones que 'podrían desarrollarse'. En el punto del diseño propiamente tal, comprendí que es necesario otorgar mayor flexibilidad para no caer en contradicciones 'epistémicas' que a veces se nos aparecen más tarde de lo que hubiésemos querido. Señalo esto, porque me sucedió por ejemplo, con el guión de entrevista

abierta semi-estructurada. Para algunas personas, resultó un poco incómodo que fuesen preguntas tan abiertas y yo no me percaté hasta cuando ya transcribí las entrevistas y constaté que efectivamente durante la conversación intentaban que yo fuese más *directiva*. Claramente esto podría haberlo previsto anticipando una mínima variabilidad de personas ¿por qué a todas les iba a gustar una entrevista así? Para este caso entonces y a partir de esta experiencia, yo recomendaría siempre considerar más de una pauta o guión de preguntas, anticipando un poco las reacciones probables frente a determinadas preguntas. El error de anteponer los gustos personales de quien investiga en los procedimientos del trabajo de campo, puede interferir con esto y provocar bloqueos y resistencias de las personas participantes del estudio. En este sentido, aparecieron mis anteojos *coloniales* bastante comunes desde la posición de *quien realiza un estudio*, pero no por ello se justifica que ocurra. Si bien no obstante, ahora lo reflexiono y lo expongo como una limitación de mi proceder, convendría mejor *quitar* previamente estas estructuras que no permiten, como expresan Denzin y Lincoln (2005), el flujo más espontáneo, rico y denso que se espera en una investigación cualitativa como la que he realizado. De esta forma, lo apunto aquí de cara a consideraciones a futuro para mis siguientes trabajos en investigación social.

Análisis de los datos

Selección del tipo de análisis: Análisis de Discurso Foucaultiano (FDA)

Al inicio de este capítulo sobre metodología realicé una breve introducción de las formas de análisis de discurso y de las propuestas desde este enfoque para analizar los datos del corpus. En esta línea, he optado por utilizar las herramientas que ofrece el Análisis de Discurso Foucaultiano, en adelante mencionado como FDA, que indaga sobre diferentes aspectos que permiten realizar análisis que rescatan especialmente, los posicionamientos, las subjetividades, así como las dimensiones históricas y culturales de los discursos.

Se dice que el FDA fue introducido en la psicología hacia finales de los años setenta, influenciado por las ideas postestructuralistas y en especial por los planteamientos de Foucault (1986). A partir de allí, se comenzó a explorar la relación entre lenguaje y subjetividad y sus implicaciones para la investigación psicológica. El FDA está relacionado con el lenguaje y su rol en la constitución de la

vida social y psicológica. Desde un punto de vista Foucaultiano, los discursos facilitan, limitan, posibilitan y constriñen, qué puede ser dicho, por quién, dónde y cuándo. Quien analiza el discurso en este caso, se focaliza en la disponibilidad de los recursos discursivos dentro de una cultura, observando los usos e implicaciones para quienes viven dentro de ella. Los discursos se definen por tanto, como una serie de argumentos, afirmaciones y declaraciones que construyen objetos y se exhiben como posiciones de sujeto. Estas construcciones hacen posible ciertas formas de ver, ser y de estar en el mundo, en donde las posiciones de sujeto que ofrecen los discursos tienen implicaciones para la subjetividad y la experiencia. Por ejemplo dentro del discurso biomédico, aquellas/os cuya experiencia de salud/enfermedad ocupa la posición de sujeto del paciente, les localiza como el recipiente pasivo del cuidado experto, dentro de una trayectoria de cura (Parker, 1992; Willig, 2008; Arribas Ayllón y Walkerdine, 2008).

El FDA también se interesa por el rol del discurso en los procesos sociales más amplios de legitimación y poder. Como los discursos hacen posible ciertas formas de ver, ser y de estar en el mundo, se encuentran fuertemente implicados en el ejercicio del poder. De este modo, los discursos dominantes privilegian aquellas versiones de la realidad social que legitiman la existencia de relaciones de poder y estructuras sociales. Como algunos discursos están muy arraigados, se hace muy difícil ver cómo se puede desafiarlos o desarticularlos, porque además toman la posición de sentido común, que generalmente se torna universal, mayoritario e incuestionable, dentro de un determinado orden social o cultural. No obstante ello, igualmente dentro de la naturaleza del lenguaje, las construcciones alternativas son siempre posibles y es allí donde pueden aparecer y definirse los contra-discursos. Por este motivo, la/el analista Foucaultiana/o también toma atención a la perspectiva histórica y explora las formas en que los discursos han ido cambiando en el tiempo y cómo éstos pueden haber establecido subjetividades históricas (Parker, 1992; Willig, 2008; Arribas Ayllón y Walkerdine, 2008).

La versión Foucaultiana del análisis del discurso también presta atención a la relación que existe entre los discursos y las instituciones. En este sentido, los discursos no son conceptualizados simplemente como formas de habla o escritura, sino más bien, se entiende que los discursos están ligados con prácticas institucionales que organizan, regulan y administran la vida social. De este modo, mientras los discursos legitiman y refuerzan la estructura social e institucional

existente, esas mismas estructuras soportan y validan a la vez los discursos. Por ejemplo, estar posicionada/o como paciente dentro de un discurso biomédico, significa que un cuerpo se vuelve un objeto de interés legitimado para médicos y enfermeros/as, el que además puede ser expuesto, tocado e invadido en el proceso de tratamiento, que forma parte de la práctica de medicina y sus instituciones (Parker, 1992; Willig, 2008; Arribas Ayllón y Walkerdine, 2008).

El FDA también se preocupa por el lenguaje en uso, abarcando su interés más allá del contexto inmediato de donde es usado por las personas hablantes. De este modo, el FDA se pregunta sobre la relación entre el discurso y cómo la gente piensa o siente, es decir todo lo relativo a la subjetividad, así como que podrían hacer, es decir, lo que implica a las prácticas sociales y las condiciones materiales dentro de las cuales su experiencia puede tomar lugar (Parker, 1992; Willig, 2008; Arribas Ayllón y Walkerdine, 2008).

Dentro de las/os autoras/es que en la actualidad han mostrado interés por este tipo de análisis se encuentran: Parker (1992, 1996); Willig (2008) y Arribas Ayllón y Walkerdine (2008). Como primer punto de encuentro, las tres propuestas coinciden en que no se puede institucionalizar el método, puesto que correría el peligro de perder su carácter crítico, una de sus principales bases, puesto que busca cuestionar las concepciones que se dan por hechas o se aceptan como universales.

No obstante lo anterior, cabe precisar que las tres señalan igualmente ciertas nociones de cómo debiera conducirse un análisis de discurso Foucaultiano. De este modo por ejemplo, Parker (1992) plantea diez niveles de reflexión que se subdividen en 20 preguntas o interpelaciones que se puede ir haciendo al texto o corpus elegido, para extraer de esta forma, los objetos construidos, cómo han variado en el tiempo, que funciones cumple el construirles así, a quienes benefician o perjudican esos discursos, que versiones coexisten, se oponen o se apoyan para construir esos objetos, etc.; Willig (2008) por su parte, condensa la reflexión en seis momentos de análisis, en donde focaliza los objetos discursivos, las acciones que habilitan esos objetos, así como las posiciones, las prácticas, las tecnologías y la subjetivación que se desprende desde esas construcciones y finalmente la propuesta de Arribas Ayllón y Walkerdine (2008) quienes explícitamente solicitan no seguir un método, sino más bien identificar claramente los objetos discursivos interpelando el cómo se habla del mismo desde diferentes prismas, o tiempos

cronológicos, así como los lugares o posiciones que habilita para quien asume ese objeto discursivo, analizando por ejemplo, porqué se torna dilemático o no, identificando que tecnologías intervienen para esa construcción de objetos discursivos que se vuelven inapelables o incuestionables, tanto para las personas, como para las sociedades.

En relación a esta breve descripción, es necesario indicar que las tres propuestas muestran cuáles son los elementos centrales a considerar, las que si bien presentan ciertas diferencias, finalmente logran coincidir para mencionar como relevantes de trabajar en el Análisis de Discurso Foucaultiano: los objetos discursivos, las posiciones de sujeto, las problematizaciones, las tecnologías (del self o del yo y las del poder), y la subjetivación. Todo ello además cruzado por los objetivos transversales de esta forma de análisis que es atender al rol del lenguaje en la constitución de la vida social y psicológica, al rol del discurso en los procesos sociales más amplios de legitimación y poder, a la relación que existe entre los discursos y las instituciones y al valor del lenguaje en uso.

En cuanto a los *objetos discursivos*, éstos serían por ejemplo, las construcciones sociales sobre un hecho, símbolo, objeto material, o un significado, etc., en este sentido un discurso médico sería considerado un objeto discursivo. En relación a las *posiciones de sujeto*, éstos serían los lugares dentro de la estructura de derechos y deberes para quienes usan determinado repertorio construido en torno a un objeto discursivo, que al mismo tiempo soportan y validan los discursos. Por su parte, las *problematizaciones*, serían los dilemas que aparecen en el corpus, ante lo cual el análisis debe identificar desde dónde y cuándo aparecen estas construcciones como problemáticas, porqué naturalizan de esa forma el problema, intentando localizar cómo se ha hablado a través del tiempo de ese objeto discursivo. En relación a las *tecnologías*, técnicas específicas de disciplinamiento, el FDA trabaja con dos: las del self o del 'yo' y las del poder. En la primera se hace una indagación crítica sobre cómo las personas desarrollamos conocimiento sobre nosotras mismas, generalmente influenciadas/os por las tecnologías del poder que son técnicas de gobierno a distancia según Rose (1989), en la interacción de nosotras/os con las/os demás se ejercitaría también el poder, por lo que en las tecnologías del yo, ejercitamos las tecnologías del poder, del gobierno a distancia.

De este modo, como ya he explicado, las tecnologías del poder, son cualquier cadena de racionalidad práctica gobernada en mayor o menos medida por un objetivo consciente y la constitución de las personas y las sociedades también puede ser entendida a través de las tecnologías del poder. Sobre la *subjetivación*, se refiere a cómo nos constituimos como sujetos, por tanto, explora la relación entre discurso y subjetividad, y cómo ésta se va construyendo, por ejemplo por medio de las tecnologías u otros actos de sujeción, de este modo, la subjetivación vendría a ser todas aquellas prácticas de autoformación o autorregulación a través de las cuales buscamos regular y normalizar nuestras conductas, y que toma en cuenta, la posición del sujeto y las tecnologías.

De esta forma y en base a estas reflexiones en torno al Análisis de Discurso Foucaultiano, presento a continuación el estudio más detallado de las entrevistas, en donde muestro los objetos discursivos hallados, con sus respectivos análisis en torno a las posiciones de sujeto, problematizaciones y tecnologías. Posteriormente intentaré reflexionar en torno a las subjetivaciones más identificables y otros enlazamientos que considero, pueden enriquecer a la discusión en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica.

CUARTA PARTE: RESULTADOS Y ANÁLISIS

*El silencio no tiene límites,
para mí los límites los pone la palabra
(Marcel Marceau)*

Como señalé previamente, las/os autoras/es que he tomado como referencia para utilizar el Análisis de Discurso Foucaultiano (Parker, 1992; Willig, 2008; Arribas Ayllón y Walkerdine, 2008) indican que lo más importante de trabajar en estos estudios son: los objetos discursivos, las posiciones de sujeto, las problematizaciones, las tecnologías (del self o del yo y las del poder) y la subjetivación. Esto además debe estar cruzado por la idea de entender la importancia del lenguaje en la constitución de la vida social y psicológica, del cómo ha sido su devenir en la historia, o también en la construcción de esas historias, así como al rol del discurso en los procesos sociales más amplios de legitimación y poder, a la relación entre discursos e instituciones y al valor del lenguaje en uso.

De esta forma, tomé cada entrevista transcrita y luego de múltiples lecturas fui extrayendo diferentes objetos discursivos. Aquí me remito a lo que dice Parker (1992) sobre esta primera fase de análisis: '¿dónde hallamos los discursos?' (Parker, 1992, p.6) y su respuesta 'los discursos están en los textos' (Parker, 1992, p.6) que pareciera ser inapelable, porque con ello quiere decir que, los textos son redes de significado delimitado, reproducidos en cualquier forma que pueden ser interpretados. Como primer paso es útil por tanto, considerar a todas las redes de significado como textos, especificando luego, cuáles serán estudiadas. Una vez que los procesos de interpretación y reflexión han sido comenzados, podemos adoptar como dice el autor, la máxima postestructuralista: 'no hay nada fuera del texto' (Derridá, 1976, p.158, en Parker, 1992, p.7), lo cual no necesariamente nos obliga a asumir una particular posición sobre la naturaleza de la realidad, ya sea textual o cualquiera, ni tampoco presumir que existe un/a autor/a en específico. Lo que se empieza a describir, así como los significados de los textos que se elaboran, implica ir más allá de las intenciones individuales, en este sentido, 'los discursos serían trans-individuales' (Parker, 1992, p.7). Cuando se ha comprendido esto, el siguiente paso en el análisis debe seguir un proceso de exploración de connotaciones, alusiones e implicaciones que el mismo texto evoca. Los discursos están disponibles muchas veces para diferentes tipos de audiencias y esto es

posible debido a que los discursos son un conjunto lingüístico de alto orden que se actualiza y actúa en y por los significados del texto.

En base a esto, puedo decir que en mis reiteradas lecturas sobre el corpus de trece entrevistas que aquí presento, fui abriendo y cerrando muchos objetos discursivos. No obstante, considerando que los objetivos de mi tesis apuntaban hacia la desinstitucionalización psiquiátrica, elegí principalmente los que tenían relación con el tema, por lo que, los objetos discursivos que aquí presento, son parte de una gama más amplia que puede apreciarse en su integridad en el conjunto de entrevistas transcritas.

Igualmente asumo la parcialidad de mis lecturas y análisis, en concordancia con la importancia de mantener la reflexividad de mi investigación, con lo que probablemente pude haber dejado fuera de estudio, algunos aspectos que también eran significativos para el análisis. Esto sólo me viene a mostrar lo enriquecedor que puede ser un proceso de investigación de este tipo, si se trabaja con un equipo de personas analizando un corpus, puesto que así abarcaríamos más repertorios disponibles en el discurso y más formas de ser y estar en el mundo se apreciarían en el análisis (Willig, 2008).

Por este motivo, comprendo que el análisis que aquí presento puede verse como algo acotado, parcial y que dentro de los límites que tiene esta investigación, muestra cómo se van articulando algunos de los discursos o de las prácticas sociales en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica en un determinado territorio y cultura.

CORPUS

Trece entrevistas

Objetos discursivos elegidos

- Discurso alternativo de salud
- Discurso autonomía
- Discurso biológico
- Discurso científico positivista
- Discurso crítico institucional sistema salud mental desinstitucionalización
- Discurso crítico educativo salud mental
- Discurso crítico médico psiquiátrico/control
- Discurso crítico profesionales salud mental no médicos

- Discurso crítico sistema político
- Discurso crítico sociedad
- Discurso dependencia
- Discurso desinstitucionalización
- Discurso familia
- Discurso filosófico
- Discurso género
- Discurso institucional
- Discurso médico psiquiátrico
- Discurso organizacional
- Discurso orientación al logro
- Discurso paciente
- Discurso paternalista
- Discurso prejuicios
- Discurso psicológico
- Discurso social

Estos serían objetos discursivos, puesto que surgen en el marco de instituciones que hacen posible este tipo de discursos. Del mismo modo, están contextualizados en su tiempo y territorio, y además han sufrido cambios en su construcción a lo largo del tiempo (Íñiguez, 2006).

No obstante, estos objetos por sí solos, no dicen nada. Los objetos van construyendo de este modo, formas de articularse como personas y sociedades, tomando incluso el estatus de verdades inapelables. Siguiendo con el análisis por tanto, y de acuerdo a las sugerencias de Parker (1992), Willig (2008) y Arribas Ayllón y Walkerdine (2008), identifiqué dentro de estos objetos, aquellos que se asumían como posiciones de sujeto, problematizaciones, tecnologías del yo (self) y tecnologías del poder, éstas últimas configurando lo que vendrán a ser luego las subjetivaciones.

Posiciones de sujeto

- Discurso autonomía
- Discurso dependencia
- Discurso desinstitucionalización
- Discurso familia
- Discurso filosófico
- Discurso género
- Discurso institucional
- Discurso organizacional
- Discurso paciente
- Discurso paternalista
- Discurso prejuicios
- Discurso social

Problematizaciones

- Discurso alternativo de salud
- Discurso crítico institucional sistema salud mental desinstitucionalización
- Discurso crítico educativo salud mental
- Discurso crítico médico psiquiátrico/control
- Discurso crítico profesionales de salud mental no médicos
- Discurso crítico sistema político
- Discurso crítico sociedad
- Discurso familia
- Discurso prejuicios

Tecnologías del yo (self)

- Discurso orientado al logro
- Discurso filosófico

Tecnologías del poder

- Discurso biológico
- Discurso científico positivista
- Discurso médico psiquiátrico
- Discurso psicológico

INTRODUCCIÓN SOBRE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

A modo de descripción introductoria de estos resultados, debo aclarar que si bien desde el tipo de análisis realizado, FDA, es más relevante definir el contexto de producción y no quién produjo el discurso, igualmente me es interesante señalar que, en ocasiones y frente a ciertos temas, cada grupo de participantes, esto es, personas con diagnóstico psiquiátrico, familiares y miembros de los equipos de salud mental, se diferenció y/o apropió de un u otro tipo de discurso.

También es necesario mencionar que, como los objetos discursivos pueden estar en permanente construcción, todos ellos son susceptibles de modificación. Esto incluso pudiera verse como algo necesario en este trabajo, especialmente en los casos en que un objeto discursivo actúa como posición de sujeto, problematización o tecnología, como ocurre por ejemplo en los casos del discurso familia, prejuicios y filosófico.

En las descripciones que muestro a continuación, expongo el objeto discursivo de acuerdo a si es una posición de sujeto, problematización o tecnología, explicando brevemente a través de una cita textual del corpus de

entrevistas cómo funciona en cada caso elegido. Posteriormente en las conclusiones desglosaré reflexiones que pueden servir de aporte a la discusión en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica.

DESARROLLO DE LOS RESULTADOS

Los resultados estarán agrupados en torno a las siguientes unidades: posiciones de sujeto, problematizaciones, tecnologías del yo y tecnologías del self.

Posiciones de sujeto

- Discurso autonomía
- Discurso dependencia
- Discurso desinstitucionalización
- Discurso familia
- Discurso filosófico
- Discurso género
- Discurso institucional
- Discurso organizacional
- Discurso paciente
- Discurso paternalista
- Discurso prejuicios
- Discurso social

Discurso autonomía

Reproduce las acciones e ideas de propia iniciativa. Este discurso aparece en situaciones en las que se asume un control planificado de vida, a pesar de las oposiciones de los demás y del sistema. Se supone como uno de los objetivos de la desinstitucionalización, no obstante, sería necesario examinar qué tipos de autonomías se promueven y si tienen relación o no con las que quiera y pueda manifestar una persona durante el proceso de desinstitucionalización.

En estos ejemplos a continuación, una mujer explica cómo frente a la decisión de asistir o no al centro de salud ambulatorio, tuvo que detener la intromisión de su madre y padre. Esto fue definitivo para que ella se hiciese escuchar y manifestar explícitamente que le parecía una buena idea asistir al hospital de día y probar un tratamiento en esta modalidad. De alguna manera las personas con diagnóstico psiquiátrico deben estar permanentemente atentas a que no se les vea como incapacitadas para decidir sobre asuntos de su vida cotidiana y en relación a su diagnóstico médico:

'No, entonces al final... como que vi, que querían ellos decidir y no...Y no yo...' (Ana, 6).

'Y que puedo tomar yo mis decisiones... y que yo soy la que tiene que decidir cuándo sí y cuando no' (Ana, 210).

También se ve un caso similar en el del hombre, en donde manifiesta su motivación a dar un giro en su tratamiento, en el sentido de tomar el control él mismo sobre lo que le sucede, en base a su historia, a los aprendizajes que probablemente ha tenido de esa experiencia a su fortaleza personal y a otras/os especialistas:

'Porque QUIERO SALIR POR LAS MÍAS... a puro power... (6) pero desde que me intenté matar hasta ahora, que ya voy para los cinco años, tengo 31 (golpea la mesa) recién ahora estoy ASÍ... me quiero volver a... hacer ver, a revisar...' (Omar, 171).

En relación a decisiones sobre su tratamiento o actividades, planificación de futuro, etc., la autonomía se experimenta con sentimientos positivos. Este discurso habilita en las personas con diagnóstico psiquiátrico, una dimensión de libertad y de satisfacción importante.

Desde la lectura de estos textos, se desdibuja un poco la construcción de la persona con diagnóstico psiquiátrico del DSM, puesto que aquí ambas personas evidencian más, una alta autoconciencia de sí mismas/os, de su entorno, del contexto socioeconómico personal y familiar. De este modo, es interesante señalar que la etiqueta del diagnóstico, al menos, no recoge este tipo de dimensiones sobre estas personas:

'Sí...y cuando ya llegué acá... yo... venía con los medicamentos, etc.,... pero no... eh, mmm... como se dijera... no podía viajar (↓) obviamente a verlo, porque estábamos con hartos problemas económicos... y... si ya él allá me hacía una rebaja, acá pagar 30 mil pesos la consulta y empezar todo de nuevo... ¡no!... era mucho y... las cuentas eran de 60 mil pesos, los remedios y entonces, no... Y mis papás los dos estaban sin trabajo...

entonces no me quedó otra que empezar a disminuir de a poco los remedios... que eso es lo que siempre dicen cuando uno (☺ ☺) tiene que dejarlos... empecé a hacer eso... de a poco, de a poco, de a poco Y TUVE UN AÑO GENIAL, así como (↓) nunca me había sentido' (Ana, 74).

'Sí, ¡me tiré!, ¡¡esa fue la primera decisión EN DONDE ME TIRÉ NO MÁS!!... igual mal... mal pero era necesario... porque, yo no era muy bueno para el ejercicio, tenías que levantarte a las seis de la mañana, salir a correr, sí o sí, eh... tenías que obedecer órdenes, sí o sí... (Omar, 79) (Este relato se refiere a su ingreso voluntario al servicio militar).

Discurso dependencia

Reproduce relaciones de dependencia entre las personas y que dificultan su autonomía y voluntad. También hace referencia a la injerencia de otras personas que deciden en asuntos de índole personal. Este discurso también reproduce la pasividad en temas que implican la propia vida o cuando se deja en manos de otras/os las dificultades personales, llegando incluso a utilizar la manipulación emocional en las relaciones sociales que se establecen. En ocasiones, podría también utilizarse recursos de auto victimización, en donde se reproducen acciones autocompasivas que justifican la inacción frente a ciertos hechos, lo que puede aparecer también como dependencia y minusvalía en las personas con diagnóstico psiquiátrico, o inmovilismo y falta de proactividad en las/os profesionales de salud mental, o indiferencia y sobreprotección en las/os familiares.

El siguiente extracto corresponde a la sorpresa de un hombre con diagnóstico psiquiátrico, cuando otras personas reproducen los supuestos negativos asociados por ejemplo a la esquizofrenia. Aquí la victimización inmoviliza e inhabilita a quienes lo reproducen y les deja con escasas posibilidades de ser y hacer algo distinto a lo que se han impuesto:

'Pero a otras personas cuando necesitan ayuda, le dicen y te dicen: "no, yo soy esquizofrénico crónico" ¡lo repiten!, lo van asimilando y se van comportando de acuerdo a eso... y la autoestima de esa gente está como el piso, está horrible, eh... por eso son tan... tan, de repente eh...

¡obsesivos!... tan... tan lastimeros. ¿Por qué? ¡Porque les están reforzando que son una mierda!... Y que NO PUEDEN HACER NADA' (Juan, 98).

En el extracto a continuación, el discurso ligado a la dependencia aparece vinculado a la familia, en particular a la madre. La dinámica de las/os familiares de personas con diagnóstico psiquiátrico suele ser compleja y ambivalente. La etiqueta diagnóstica suele ser un tema difícil en sus vidas, por lo que probablemente, transitarían entre los polos de sobreprotección y abandono, debido al cansancio y desgaste que provoca el asumirse como 'cuidadoras/es', que en cierta forma, viene implicado desde el momento en que la medicina psiquiátrica le asigna un diagnóstico a su familiar:

'Yo firmé pensando que entraba el lunes y no... Me dejaron al tiro el viernes, pero... ese día se quedó conmigo mi mamá, como para... para nada... adaptarme un poco y además que fue cortito, o sea, ese día salí...' (Ana, 12).

'Sí, porque ese día que me iban a llevar al hospital (de urgencia), mi mamá me preguntó, antes me dijo que: "qué sentía, que...qué quería" y yo le dije "si quieres que sea sincera, a mi me gustaría que me internaran... porque ya no..." (Ana, 212).

'¡Ah no!, Ahí yo me enfermé, le dije: "mamá, sabís que no sé qué pasa en mí, ¡no sé lo que pasa!... o sea... ¡sé lo que pasa!, pero necesito ayuda profesional"... tenía 24... le dije: "mamá, sabís que... qué", y ella: "¿pero que querís que haga Omar?", siempre me dice así, "¿qué querís que haga, que querís que haga, hijo mío?"- "¡QUE TE COLOQUES LOS PANTALONES UNA VEZ EN TU VIDA!", le dije, (↑) "¡y TOMA EL TORO POR LAS ASTAS y llévame donde un psiquiatra, te lo pido por favor"! (Omar, 123).

'No... eso me... o sea, incluso eso me... ¡no sé cuántas veces he estado a punto de caerme en la micro porque se tiene que parar ella primero y yo sujetarme de ella... (3) porque me cuesta sujetarme de la micro...' (Ana, 156).

Muchas veces a las propias familias, les cuesta asumir este cambio en la modalidad de atención y reproducen el modelo más dependiente del tiempo asilar o manicomial al tratar de gestionar internamientos forzosos de sus miembros con diagnóstico psiquiátrico:

'A ver, cuándo hemos tenido más dificultad ha sido con algunas familias resistentes, en términos de ser muy codependientes. Entonces, tenemos dificultades porque ellos quieren que nosotros internemos al paciente' (Patricia, 166).

A continuación extractos de una persona de un equipo de salud mental que denota la desconexión entre el programa, inducción, capacitación, etc., que se requeriría para implementar la desinstitucionalización, lo que redundaría en que las/os profesionales se motiven escasamente por buscar la información:

'Nunca... Nunca y fui armando el monito como a medida, o el esquema a medida que avancé pero no, no, no tengo claro el modelo... (Germán, 14).

'No...Sólo he leído los protocolos de los, de los GES por ejemplo...Ya y ahí como que nombran un poquito, pero lo otro no, nunca' (Germán, 18).

'No, no...La verdad no me he interesado en eso' (Germán, 20).

Discurso desinstitucionalización

Esta posición de sujeto reproduce las prácticas sociales que sustentan, avalan y apoyan los procesos de desinstitucionalización. Es un discurso a estas alturas casi institucional, puesto que no se cuestionan mayormente por ejemplo, la escasez de recursos materiales, económicos, de capital humano, etc., con las que las personas se han encontrado al momento de trabajar o de recibir la atención.

Los discursos dejan intuir un poco la precariedad desde donde comenzó el programa de desinstitucionalización, puesto que como históricamente así ha sucedido en la salud pública chilena, se contaba con escasos recursos para el área mental y espontáneamente hubo que instalar un plan de acción para acoger la gran demanda que había hacia el sector.

A continuación, el relato de una integrante de equipo de salud mental, explica los inicios del programa. Si bien, a primera vista resulta un tanto caótico, nos deja ver, cómo este tipo de discurso, permite habilitar a las/s profesionales de salud, de mayor flexibilidad frente a las dificultades y la disposición a hacer más eficiente un trabajo en equipo, en pos de objetivos comunes con personas y profesionales de diferentes áreas. Esto finalmente redundará en ser un aspecto medular de la salud mental comunitaria y la desinstitucionalización:

'Ya, pongamos que era 2000, 2000, nada, nada, cero, cero, cero o sea nada, nada, nada ni psicólogo ni nada, no había ninguna cuestión, en el hospital, había cirugía, medicina, esto y lo otro y nada de psiquiatría. Entonces llega acá (ciudad 1) y llega con todas las ideas para instalarlas en (ciudad 2) y llega con todas estas, había estado en (ciudad 3) y con todo este plan de salud mental y pública, salud comunitaria, entonces fue súper visionario en (ciudad 2) yo digo que tuvo la ventaja, que como empezó de cero y empezó con alguien que dijo, "vamos a empezar como yo creo que tenemos que empezar" o sea en (ciudad 2) nunca hubo camas de hospitalización... me entiendes, entonces el enfoque comunitario era nomás, porque no habían camas, ¡NUNCA HUBO CAMAS! Me entiendes, ahora hay ocho camas y que son de baja complejidad, después, entonces es algo como muy puntual... Entonces dice: "vamos a poner atención, solamente en la cuestión de la atención primaria, entonces vamos a tener que pensar a largo plazo", que fue al final, muy a largo plazo, "vamos a tener camas en el hospital", él se lo imagina así y él monta esto. (Ciudad 2) empieza con psicólogo antes que nadie, empieza con psicólogo y después bueno el (nombre) se va y llega la (nombre) eh, yo llegué poco después. La (nombre) tiene otro enfoque, pero para mí ella le pone como lo ético. Ella es súper trabajadora, y súper preocupada, entonces ella se encarga y ella va muy de la mano de lo que es salud mental, entonces empieza a crear el plan de salud mental' (Sonia, 8).

'No, no, allí siempre fue al revés, hubo mucho tiempo en que era muy desproporcionado, muchas horas psicólogo y muy pocas horas psiquiatra, siempre hubo muchos psicólogos, muchos asistentes, la cosa

psicosocial era lo que mandaba, siempre predominó y desde que yo llegué allá el 2000 ponte tú, ya se trabajaba con los psicólogos en consultorios, entonces, cuando había reunión de violencia intrafamiliar, algunos meses nos juntábamos con la gente del hospital de atención primaria y así se fue consolidando... y no, yo te diría quince años, ES IMPRESIONANTE o sea uno podrá decir muchas cosas siento yo de la salud pública, que no funciona o sea, ¡mira tú, de lo que parte! pongámonos en el ejemplo, de lo que es del 98, DE CERO a lo que es ahora, con todo el staff de psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos, con centros de rehabilitación, con hospitales de día con, o sea, es un... (¡) ¡es del cielo a la tierra!’ (Sonia, 18).

También se habla sobre la relación de costos en este tipo de atención, en donde al parecer no habría grandes diferencias (en Chile al menos) puesto que el presupuesto sigue siendo el mismo, tanto para cuando hay un sistema cerrado como uno abierto. En cambio se nota la diferencia a nivel de satisfacción de las personas que son atendidas en esta modalidad:

‘Que el costo no era tal, porque uno podría haber esperado que el costo saliera más barato, para no tener hospitalización... pero no era así; bueno, los fármacos, nosotros tenemos acceso a los fármacos de acá... no salía tanto más barato, pero el nivel de satisfacción usuaria, era mucho más alta... me entiendes, o sea, de satisfacción y de integración era mayor’ (Sonia, 32).

‘La aplicamos (¡) Y... y... nos fue bastante bien de, dentro de lo que... podríamos pensar y en términos de... por ejemplo, en general, ¡claro a... alguna gente nos dice en general están más...! que hay más acomodo en la sala de espera, que... cosas que, qué podemos hacer. Pero por ejemplo, en términos de reclamo... tenemos un libro de reclamos que en general, no... Tenemos muchas felicitaciones, no tantos reclamos, eh... y estamos abiertos a... a poder eh, mejorar ese tipo de cosas’ (Patricia, 130).

En los siguientes ejemplos podemos constatar directamente la opinión favorable de usuarias/os sobre las instalaciones del centro ambulatorio de salud

mental. Se aprecia bien puesto que ya se saca la atención del contexto más médico y se transforma en un sitio acogedor y más cercano:

'Lo que pasa es que los pacientes le, le, a ver...los pacientes que vienen para acá, o los usuarios en general, les parece bastante adecuado estar fuera de un hospital, en el sentido de... mmm... a ver... desde... del... tema del SOME, del tema de la atención, que es mucho más rápida, que... al ser más pequeño es más acogedor y también al ser más pequeño eh, eh, es mucho más...' (Patricia, 122).

En el extracto siguiente se habla de cómo la red de salud mental, después de algunos años de funcionamiento, finalmente logra mostrar sus frutos en un evento tan dramático como fue el terremoto del año 2010, en donde las personas lograron reconectarse, vincularse, ubicarse y colaborar en lo que hizo falta en ese momento. Se demostró que la idea de comunidad estaba instalada y que las personas hicieron uso de estas redes. Esto significa buenos grados de satisfacción para las/os profesionales de los equipos de salud mental, así como para las/os usuarias/os de la red:

'Y yo siento que nosotros, bueno con la (nombre) trabajamos bien y que se vio que ¡la red funcionó! ¿Me entiendes? entonces fue muy lindo esto de, yo creo que después del terremoto, como oportunidades que ¡se vio el trabajo comunitario a concho!, o sea en (ciudad) nunca se hicieron tantas visitas domiciliarias en diez años, como se hicieron, me entiendes, porque había que ir al (ciudad), HABÍA QUE IR y ya no tenía ningún sentido estar en el hospital, porque no llegaba nadie si la gente estaba todavía en el agua, entonces, yo siento que ya, ¡eso fue súper bueno...!' (Sonia, 70).

Discurso familia

Este discurso lo identifiqué de dos formas dentro del corpus de entrevistas, como posición de sujeto y como problematización. La primera, tal como la sitúo aquí, es cómo se asume desde el lugar de familia o de un familiar cercano o vínculo afectivo cercano un tipo de discurso y una forma de ver las situaciones en torno a la salud mental y la vida de la persona cercana que tiene un diagnóstico

psiquiátrico. En este caso, también caben ciertas ambivalencias. Por un lado se habilita un discurso de sobreprotección, cuidado y cariño, mientras que por otro, aparecen los temores, angustias y cansancios, por reproducir automática y permanentemente las prácticas sociales de cuidado del otro (o de la otra).

En este párrafo a continuación se aprecia cómo el relato de una familiar indica la práctica del hacerse cargo de la persona que tiene el diagnóstico psiquiátrico. Esto se experimenta como algo especial, que debe hacerse en una unidad especializada, por lo tanto, hay una cierta resistencia a la modalidad más desinstitucional. Llama la atención que este sea el discurso más frecuente, lo que muestra lo escasamente instalado que pareciera estar lo de la desinstitucionalización o la idea de una salud mental más comunitaria, basada en redes sociales, vínculos. En este párrafo aún aparecen nociones de lo desconocido que resulta este tema para las/os familiares, como si aún existiesen resabios del tiempo asilar o manicomial en donde las personas vivían aisladas y escondidas:

‘Sí, bueno más directamente fueron mis padres, quienes tenían, se vinculaban con... porque cuando mi hermano se enfermó, ya, porque el primer tiempo vivíamos juntos cuando éramos jóvenes como de 23, 24 años, ahí vivíamos juntos todavía, pero mis papás eran los que más se hacían cargo, nunca tuve una relación tan directa, nunca fui yo, debo haber ido una o dos veces, no más, entonces mi percepción más bien era a través de lo que mi papá, mi mamá vivían con mi hermano y cuando mi hermano se enfermó el primer tiempo le atendieron en el hospital en (ciudad) había una unidad especial que de hecho era y construyeron un edificio, un ala que era sólo de salud mental’ (Romina, 6).

En el siguiente párrafo hay una mezcla de lo que expliqué anteriormente, las dudas, los temores antes un tema que aún parece ser muy desconocido para la población general, pero también hacia el final del extracto, se aprecia cómo las/os familiares también son capaces de desarrollar niveles de empatía y comprensión mucho más integrales que las que provienen desde el mundo médico tradicional, el cual predomina en salud mental. En este sentido, la familiar aquí instala la noción de historicidad y culturalidad, al cuestionar la problematización que tiene un diagnóstico psiquiátrico, reflexionando en torno a que hubiese sido de su familiar si hubiese vivido en otro tiempo o cultura. Lo anterior aporta elementos importantes a

la línea de deconstruir la psicopatologización, uno de los objetivos implícitos de la desinstitucionalización psiquiátrica:

'Yo no hacía vida cotidiana ¿cachái? Y yo creo que quienes más se ven afectados son las personas que viven la vida cotidiana, el día a día allí... es donde surgen estas cosas, entonces también eso me pesaba también, yo nunca estuve tan cerca de su tratamiento médico, porque como no vivía con él, yo hacía mi vida, igual estaba atenta, o sea, acompañé a mi mamá, a veces me tocaba ir a pedir hora, pero finalmente eran mi papás, eran quienes se hacía cargo de esto, entonces yo lo vivía un poco más de lejos y también la relación con él ¿cachái?... entonces yo creo que eso también, eso allí influye en donde no era, no era la vida cotidiana, pero que efectivamente mi hermano vivía en otra esfera de la vida, sí vivía... sí vivía... ahora que eso hace 200 años hubiera sido un sabio, un machi y ahora mucho tiempo un loco...' (Romina, 86).

'La cuestión es que igual nosotros presentábamos conformidad porque con mi mamá hicimos todo lo posible... está con los medios que teníamos en esta sociedad, porque mi hermano a lo mejor si hubiese nacido hace 200 años atrás, podría haber sido un gurú o un espíritu mágico...' (Romina, 120).

El siguiente relato expresa el discurso de la familia en su etapa de temores y angustias frente al cuadro de crisis que mostraba su familiar con diagnóstico psiquiátrico. Además de habilitar el discurso de la desesperación y la impotencia de cada miembro, se reproducen también discursos médicos psiquiátricos. Es en esos momentos más críticos, cuando aparecen los dispositivos psiquiátricos y asilares con toda su tradición histórica, tratamientos e intervenciones. La internación y el aislamiento se aprecia como una opción viable en medio de un clima que inseguriza y desestabiliza el núcleo familiar, con todo el coste emocional que ello implica. Aquí también se visualiza la tendencia de feminización del cuidado (Canals, 1985; Davidson, DiGiacomo & McGrath, 2011) un tema presente en el discurso familiar, en donde las madres son las que se llevan el grueso de las preocupaciones y quienes realizan la mayor parte de tareas de gestión y vinculación de su familiar con el sistema de atención en salud mental. Este discurso

también se relaciona por tanto, con la posición de sujeto que aparece más adelante en el discurso que he mencionado como género:

'Agresivo, de que nosotros intentábamos de que lo internaran en el psiquiátrico y no lo querían ingresar, porque no había cupo, tuvieron una pelea... así... (/) mi mamá era la que le tocaba todo, porque ahí no lo olvido tampoco, una cuestión de género, mi mamá era la que se hacía cargo de todo, mi papá se lavaba las manos todo el rato, a mi mamá le tocaba hacer todos los trámites con el médico, gestionar aquí, gestionar allá, que sé yo porque si vivía en la casa, podía pasar algo grave... algo grave, grave, grave (↓ ↓) porque se ponía muy agresivo y se sentía amenazado' (Romina, 112).

'Y él reaccionaba frente a eso, entonces de repente daba patadas, de repente empujaba, entonces, como que también se asustaba, trataban de estar con él, le decían siempre que sí a las cosas que hacía, no lo contradecían' (Romina, 76).

Como mencioné antes, el discurso familiar también lo identifiqué dentro del grupo de las problematizaciones, de manera que éste lo desarrollaré cuando describa las características específicas de ese conjunto de objetos discursivos.

Discurso género

Esta posición de sujeto, reproduce las situaciones de inequidad para la mujer cuando se enfrenta a diversas situaciones en la vida, en este caso del cuidado de un familiar con diagnóstico psiquiátrico.

El discurso de género como posición de sujeto habilita una doble lectura. Por una parte, se refuerza la visión de las capacidades múltiples de la mujer (instalada por el patriarcado) especialmente cuando hay dificultades, y por otra, se reproduce una situación de indefensión frente a la expectativa externa que establece lo que se espera de nosotras como madres, como hermanas, como hijas, etc. Esto genera ambivalencia muchas veces, porque son posiciones que al asumirlas implican bastante trabajo físico y emocional, por lo que implícitamente un extracto puede dar cuenta de lo que eso conlleva:

'Mi mamá era la que le tocaba todo, porque ahí no lo olvido tampoco, una cuestión de género, mi mamá era la que se hacía cargo de todo, mi papá se lavaba las manos todo el rato, a mi mamá le tocaba hacer todos los trámites con el médico, gestionar aquí, gestionar allá, que sé yo' (Romina, 112).

Discurso filosófico

Como posición de sujeto este discurso reproduce otra forma de mirar la salud mental, especialmente diferente a los cánones psiquiátricos tradicionales establecidos para ello. Este discurso habilita a quien lo practica, de una visión más integral y flexible en torno a lo que implica no seguir el patrón común y corriente que de cierta forma se nos impone implícita y explícitamente en el mundo. Este discurso, abre mayores comprensiones hacia lo diferente, hacia una mayor tolerancia y disposición a la convivencia con personas que tienen otras formas de ser, actuar y estar en el mundo. Es un discurso que claramente debiera incluirse en los programas de desinstitucionalización, puesto que aportaría estos elementos que no existen desde el discurso médico con sustento más biológico y menos integral.

En el siguiente relato, una persona describe su relación con alguien que tiene un diagnóstico psiquiátrico. Es interesante observar la reflexión que realiza en torno a ello. Abre la posibilidad a que una persona calificada como sin juicio efectivamente tenga una visión más amplia que la nuestra (las/os no diagnosticadas/os). En su experiencia personal, él aprecia a una persona por cómo es y no por la etiqueta que le han puesto. Cuestiona implícitamente lo que eso supone y lo de-construye para situarle como cualquier persona de buenos sentimientos. El discurso filosófico lo identifico aquí cuando se abre a la posibilidad a que existan cosas más allá de nuestro entendimiento que suponemos desde nuestra arrogancia, tan dotado de razón y lógica:

'Claro (☺ ☺), es ¡sinónimo de locura! entonces que tan locura es, esa locura es poder ver un poco más allá... ahora yo también creo que, que quizás nosotros somos... tan ignorantes que hay cosas más allá de lo que podemos ver y quizás él lo logra ver, ahí... uno puede especular lo que quiera. Pero catalogarlo de locura, desencajarlo claro o sea está

desencajado porque no, no corresponde al patrón normal de persona, no ve lo que todo el resto ve, pero quizás no sea tan, tan malo o sea, no sé y yo... y compartir con... al menos con el Roberto es una persona totalmente normal, muy noble, por lo demás' (Cristian, 38).

El siguiente párrafo muestra como el discurso filosófico permite reflexionar de forma divergente a las tradicionales, cómo alguien puede expresar algo que tiene muy guardado dentro de sí. Estas imágenes que describe y el sentido metafórico que utiliza, sin duda aportan una versión mucho menos angustiante que la que se entregaría desde la versión médica psiquiátrica, la cual estaría cargada de síntomas y descripciones clínicas. De esta forma, el discurso filosófico, colaboraría a introducir un aspecto alternativo en los procesos de desinstitucionalización:

'Y claro comunicarlo, porque si no sé, si tú tienes algo diferente dentro de ti y lo vas guardando, lo vas guardando, lo vas guardando... esta cuestión, te vai sintiendo, los monstruos se empiezan a apoderar de ti siendo tú el monstruo y te vai alejando de la sociedad que para no hacerle mal, para no hacerle mal a nadie...' (Cristian, 202).

Claramente como veremos en el siguiente extracto el discurso filosófico tiene más sentido en el contexto de personas que son cercanas al mundo social. No obstante esto no debiera ser obstáculo para que fuese más insertado en la salud mental. El discurso permite hablar sobre tiempos, culturas, metáforas, de-construyendo en cierta forma la visión médica psiquiátrica tradicional.

'Como yo soy del área social, la visión de las, de lo que se dice enfermedades y patologías mentales es bastante parcial, tiene que ver con cómo como sociedad, hemos ido evaluando a las personas que son diferentes y bueno eso, eh mmm, para mí es una cuestión bastante familiar constatar como ahora las personas que son llamadas esquizofrénicas en las comunidades indígenas son llamados brujos o sabios o sacerdotisas ¿cachái?... Una concepción distinta de lo que es una persona que logra vivir en otras dimensiones que no son la dimensión de la mayoría de la gente, lo que se entiende como normalidad' (Romina, 2).

En el siguiente párrafo, si bien se reconoce el aporte de visiones alternativas a las médicas a la salud mental, también se reflexiona en torno a la necesidad de hacer un cambio a nivel global de sistema, que ya no sólo implique la mayor tolerancia y menor discriminación hacia personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, sino que se cuestionen los estándares de por ejemplo, éxito, felicidad, etc. Esto contribuiría sin lugar a dudas a que las sociedades dejaran más libres a las personas que no se sienten interesadas a seguir los patrones comunes y corrientes establecidos:

'Ahora yo creo que también aporta mucho cuando se incorporan visiones críticas y diferentes dentro de los estamentos que están pensando de una manera más rígida... yo creo que eso sí es un aporte, pero, pero creo que no van a tener resultados óptimos si no van dentro de un cambio de contexto en general, porque esta aceptación de personas que viven en tiempos y espacios distintos, que viven en dimensiones distintas no la vamos a lograr, hasta que no logremos cambiar la visión de eficiencia, productividad y de... de ciertas metas normadas para las personas que, nos impone el capitalismo, entonces yo creo que por ahí, un cambio de fondo, viene con el cambio social global, pero si uno piensa en términos más de... cómo puede ir uno aportando como hormiguita desde la política pública, desde un ámbito pequeñito, yo creo que tiene que estar más el trabajo con la familia y la comunidad... yo creo que eso es... ir pensando cómo se des-medica y cómo se socializa... eso... pero eso pasa también por una percepción de la salud mental ¿te fijai? Porque si siguen siendo vistos como locos, es decir, como personas disociadas, no les van a permitir que se les desmedique... ahora, si las empiezan a ver como personas que están conectadas con otras dimensiones, lo que se va a pensar, es tratar de tener un tema familiar y comunitario, que los acepte lo mejor posible, en las dimensiones en que ellos andan, ¿quién sabe si somos nosotros los equivocados, los que andamos perdidos?... ¿quizás andamos conectados con lo incorrecto, en trabajar, estudiar?... y te estresas queriendo tener de todo... ¡no sé a quién se le ocurre decir que eso es la felicidad...!' (Romina, 150).

Discurso institucional

Esta posición de sujeto reproduce el apoyo a las iniciativas que se dan dentro de la institución de salud mental. Habilita prácticas sociales institucionales que pueden ser practicadas por los equipos de salud mental, por personas con diagnóstico y/o familiares. Esto implica por tanto, respaldar las decisiones médico-administrativas, el modelo institucional y ciertas formas burocráticas de funcionamiento.

El siguiente extracto es sobre un programa de terapias complementarias que actualmente se incluye en el programa de salud mental que puede ser implementado por los equipos de salud mental. En este caso, una práctica que en otro momento pudo haber sido más alternativa, ha sido reconducida institucionalmente y esto se aprecia favorablemente por el momento. Las prácticas institucionales parecieran dar seguridad y respaldo a visiones que son más integrales sobre la salud y al parecer aprueban incorporar estas miradas dentro de la tendencia más medicalizada de la atención:

'No, fue incluso institucional... existe en... salud mental hace poco, hace como dos años apareció como una rama que es la de terapias complementarias ¿ya?, ahí está acupuntura, biomagnetismo, flores de bach, reiki, es una sartén en la que entran varias cosas... hay una ley también que respalda a las terapias complementarias' (Germán, 74).

El siguiente extracto se refiere a cómo las personas usuarias y quienes trabajan en salud mental incorporan o no, los nuevos enfoques de atención, diferentes a las tradicionales que provienen de la medicina psiquiátrica. En este sentido identifiqué este extracto como institucional, porque veo que si bien incluye visiones positivas la atención más integral, en la práctica esto no termina de encajar bien, puesto que el sistema en sí mismo, institucional, con sus tiempos, burocracias, plazos y metas, impone que la atención continúe siendo en la misma línea de siempre, es decir, más estilo hospital cerrado, medicalizado, utilizando el lenguaje de pacientes que implícitamente convoca la idea de persona sana/enferma, etc. Con ello se sigue reproduciendo por tanto, este discurso que impide la entrada directa de otra forma de comprender la salud mental:

'Sí, sí, yo creo que la gente que llevamos más tiempo nos pescan más, nos escuchan más, eh, a las que tenemos formación o que estudiamos entremedio, también, y también ah, porque también hay gente nueva que se ve clever que yo creo que la gente escucha... eso está más abierto, en general sí, sí, pero depende también, puede pasar que si a ti no te interesa profundizar con respecto a un caso... aunque no hay mucho tiempo para analizar casos... no hay mucho tiempo para ese tipo de cosas, por la cantidad de pacientes que atienden en un hospital' (Ivanna, 58).

El siguiente extracto muestra cómo hay coordinación y acuerdo con la autoridad institucional para ir haciendo el trabajo que se requiere. No obstante, lo institucional y sus burocracias, limitan muchas más veces que las que permiten. Esto se aprecia cuando la persona explica porqué un proyecto de violencia intrafamiliar (VIF) está en espera, sólo porque la institución no posibilita que esto se inicie si una capacitación, capacitación que por supuesto no coincide en tiempo ni en lugar, con la necesidad inmediata que tiene este centro de atención ambulatorio. No obstante ello, el discurso institucional reproducido por la funcionaria, en cierta forma justifica y avala esta demora, porque de alguna manera, se valora mucho que las autoridades y el aparato institucional esté al menos considerando estas otras formas de atención en salud mental.

'O sea, un trabajo en equipo el que, de alguna forma también la autoridad nos haya apoyado en este COSAM en, eh, responder digamos a otras patologías, claro, tenemos un proyecto de violencia que está parado, que estamos trat... interviniendo en VIF... que... que es una problemática de salud, es súper importante y que de alguna forma la población que atendemos nosotros, muchas de ellas tienen problemas de violencia, pero que lamentablemente no lo podíamos ver así como problemática porque... no teníamos en ese minuto la capacitación, pero el año pasado nos capacitamos... eh... personalmente mmm... fui digamos a algunos centros de agresores... eh... y están, ahora estoy trabajando en la línea más de víctimas, pero es incorporando digamos como el tema. Dejarlo dentro para luego eh... diversificar...' (Patricia, 116).

El siguiente párrafo da cuenta también de cómo el discurso institucional se reproduce inclusive cuando estamos hablando de trabajo en equipo. Si entendemos lo institucional como burocrático, jerárquico y unilateral, claramente se contradice en su base con el estilo más horizontal y comunitario que se supone en una desinstitucionalización. En este sentido, son éstas las cuestiones que se continúan reproduciendo y que generan fugas del objetivo final. En este caso la persona explicita su cargo para manifestar su opinión sobre el funcionamiento del equipo, que si bien se abre a una actitud participativa y colaboradora, permanecen en su lenguaje las estructuras de la institución al señalar que ella representa la jefatura. Con ello no quiero decir que esto sea negativo, sino más bien, que es necesario aclarar este tipo de cuestiones para que no se produzcan las tensiones e inexactitudes que parecieran generarse en las prácticas cotidianas de la desinstitucionalización:

‘Yo creo que sí, o sea quizás lo digo desde muy, como jefatura pero, de verdad me da la impresión a mí, por lo menos, que yo aprendo bastante de mis compañeros y creo que ellos también aprenden del resto, de todos’ (Patricia, 156).

El extracto a continuación relata en detalle cómo la implementación de un proceso de desinstitucionalización fue realizado desde la matriz institucional, paso por paso, sin cuestionar este origen por ejemplo. Esto se llega a ver como algo imprescindible incluso, y es una mirada a los inicios del proyecto, como dando la idea también que hoy todos esos temas están resueltos porque ya están avalados y respaldados, cuestión que en otras entrevistas se puede apreciar que no es así:

‘El... era un momento en que, bueno, yo estaba, dejaba una parte de mi tiempo en la unidad de salud mental de (ciudad 1) estuve hasta el 99 trabajando allá y después me vine acá a trabajar de (ciudad 2), periodo corto, estábamos, habíamos escrito un documento poco difundido a esta altura de la vida pero que fue trascendental para madurar nuestro pensamiento que eran las normas técnicas para las redes de desarrollo de servicio de salud mental y psiquiatría o algo parecido y en el fondo fue lo que, en el momento en que tú te encuentras y comenzó nuestro concepto que teníamos que construir redes territoriales. Estábamos en diálogo y nuestro interlocutor era el ministerio de salud eran justamente

los encargados del diseño de la red asistencial, la gente que tiene que ver con las inversiones como parte de eso, por ejemplo fue definir los nuevos centros ambulatorios cuya obligación era hacer ambulatoria la atención de, de especialidad, sacando de los hospitales los recursos, poniendo por ejemplo adosado a especialidades que se llamaba CAE que era donde los especialistas hacían atención ambulatoria en los hospitales y justo estábamos mirando al hospital y no mirando tanto a la red digamos y en ese tiempo nos tocó definir por ejemplo que allí iba a haber psiquiatría, que iba a haber espacios que nosotros nos íbamos a jugar fuerte por eso y que en ese espacio iba a haber sala de atención para grupos, iba a haber unidad de enfermería para hacer atenciones ambulatorias, cosas que hoy día aparecen bastante básicas, digamos, pero que no existían...’ (Samuel, 6).

Aquí a continuación el relato de una de las personas que participó directamente en la elaboración del Plan nacional de salud mental y psiquiatría que actualmente guía las acciones de los equipos de salud mental en Chile. En la narración aparece el discurso institucional como celebrando los logros obtenidos, señalando que efectivamente contó con la participación de muchas personas de distintos sectores de la sociedad. La paradoja es que el mismo discurso indica que finalmente el plan no recoge explícitamente la versión más participativa y comunitaria, espíritu que supuestamente guió la elaboración del plan. Esto se aprecia en el mismo documento donde efectivamente, como dice esta persona, no muestra expresamente qué y cómo es un plan de salud mental comunitaria:

‘Bueno, el paso siguiente, digamos, fue el plan nacional por eso te digo entre el 98 y el 2000 se construyó, se redactó, se hizo todo, todo que se materializó finalmente en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya, un plan que se construyó de forma bastante participativa entre mucha gente, incluso fue muy llamativo, o sea, ahí se incorporó el tema con bastante más fuerza porque venía del tema de la atención justamente más de la psiquiatría pesada mayor, desde el 90 ha estado instalado como una cierta tensión entre una visión salud mentalística ya, y una visión psiquiátrica que a lo mejor aún no estaba tan madura la perspectiva comunitaria claramente, pero ya a estas alturas, a fines de los 90 está mucho más claro y, se recogió mucho más sintéticamente, mucho más

articulado el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMPS), sin embargo si tú revisas el PNSMPS prácticamente no habla en ningún momento, explícitamente, si el modelo comunitario de atención de salud mental como habla la Organización Panamericana de la Salud, esa mención parece que no está en ninguna parte del plan. Tampoco habla de psiquiatría comunitaria en ninguna parte...' (Samuel, 8).

En este extracto a continuación se ve cómo fue la decisión del título del plan nacional de salud mental. El discurso institucional, que viene de los tiempos asilares obviamente recoge el lenguaje y los usos de la medicina psiquiátrica más tradicional. Su estilo de trabajo jerárquico también se aprecia en este párrafo, en donde finalmente el nombre que se elige se orienta más hacia una versión médica de salud y enfermedad en relación a lo mental. Me llama la atención que esto también se hace sin mayores consensos, sólo porque la institución históricamente basada en los criterios médicos así lo decide:

'Y eso no es casual, digamos, tiene que ver con que tampoco había ningún consenso sobre eso, yo me acuerdo perfectamente, lo tengo vivido, absolutamente vivido una discusión técnica digamos, acalorada, digamos, pero dentro de los marcos adecuados, digamos, pero, en la unidad de salud mental del ministerio a cómo se debe llamar el plan si se llama el Plan Nacional de Psiquiatría, en fin, era tanto así que finalmente se llama así como se llama, y ese, ese, no cierto, de salud mental y psiquiatría comunitaria lo hemos seguido usando en el país como un concepto' (Samuel, 10).

Estos extractos reflejan otros momentos en donde las prácticas institucionales se imponen a las del resto, como por ejemplo a las del área social. Frente al supuesto que la desinstitucionalización debe incorporar la visión más comunitaria de salud, ésta finalmente se rechaza sólo porque es culturalmente ajena a los servicios de salud. Se entiende por tanto, que la cultura de los servicios de salud es exclusivamente médica, biológica, física, etc. Sin duda esto seguirá siendo difícil de transformar si se sigue reproduciendo esta idea de salud, especialmente en salud mental, únicamente ligada al polo médico psiquiátrico. Aquí se relatan momentos en que si las decisiones se hubiesen tomado en otro sentido, podrían haber significado mucho en la transformación de los nuevos servicios y la

reorientación de la salud mental en los programas, no obstante, el peso del discurso institucional optó por no cambiar demasiado y mantener continuas las mismas estructuras:

'Y él lanzó ahí, digamos, la idea de hacer una capacitación y empezó a pensar en algún proyecto programa que pudiese articular esta cosa a lo largo de Chile en las instancias, encargó un proyecto con gente que trabajaba la perspectiva comunitaria, pero ellos hicieron una propuesta que desechó, porque en definitiva era una propuesta que venía de la psicología comunitaria y que era en el fondo culturalmente ajena a la lógica de los servicios de salud y por lo tanto en el fondo, corría altísimo riesgo...' (Samuel, 12).

'Bueno, yo creo que eso se ha resuelto, en gran medida, en forma pragmática, como se resuelven las controversias intelectuales, SON IRRELEVANTES, porque es lo que vas diciendo, cómo son las cosas, entonces yo diría que en la medida en que el modelo ha podido instalarse, se han ido desarrollando formas colaborativas digamos, entonces hemos avanzado hacia prácticas mucho más comunitarias eh, donde lo, digamos, la perspectiva más medicalizada, ha ido aprendiendo, internalizando los beneficios que tiene, digamos el trabajo con una perspectiva psicosocial y desde el mundo psicosocial, se ha ido asumiendo digamos, una incapacidad real para levantar ofertas propias, digamos me entiendes tú y, y, que ahí, ese amplio espacio de colaboración, digamos, un trabajo conjunto en una perspectiva integrada que sería a mi juicio, este modelo, cierto, este modelo de atención, que postula la OMS que es comunitario de atención en salud mental... ahora igual en el mundo más intelectual, sigue habiendo controversia, pero es completamente irrelevante, es irrelevante no, no AFECTA A NADIE, ¿me entiendes tú?' (Samuel, 34).

Dentro de los pocos cambios que se permite la institucionalidad, se muestran algunos ejemplos de lo que se ha logrado actualmente, gracias a la incorporación de estos elementos desinstitucionalizadores si pudiésemos llamarles de alguna forma. En los siguientes párrafos esto se puede apreciar y también algunos de los efectos del discurso institucional. Por ejemplo, lo de enumerar los logros

obtenidos, las metas conseguidas, es un clásico recurso para convocar a las personas a seguir trabajando, pero siempre dentro de los marcos y visiones que la institucionalidad impone:

'La comunitaria como una... nos colgamos de esto y es lo que hemos profundizado, en concreto yo creo que allí hay un hito muy importante, el Plan nacional de salud mental y psiquiatría (PNSMPS) significó un hito en cristalizar conceptualizaciones que se habían venido haciendo en esta década digamos, eh, también incorporar todo lo que hemos contactado con nuestros colaboradores internacionales, eh, hacernos cargo de que esta era, no era una discusión que se daba en el aire, ni en espacios valóricos, esto se da en servicios concretos ¿no cierto? Que tenían: edificios, personal, presupuesto limitado, procedimientos burocráticos, poblaciones a cargo, ¿me entiendes tú? Y por lo tanto, digamos, tenía que ser algo que sirviera en esa dimensión y el aporte del PNSMPS es tremendamente importante o sea una cosa que es extraordinariamente importante, si tú consideras que de hecho, no hay ningún decreto, o sea el PNSMPS no tiene fuerza normativa. No tiene fuerza normativa, o sea, hay una parte del plan que es del plan, que es el programa que son algunas acciones concretas, eso tiene una resolución, ya está... ¿entiendes tu? pero el plan no lo tiene, o sea, para que veas por ejemplo, pero efectivamente... yo creo que como es producto de una maduración... como además se dio su generación de forma participativa y como además vino, se logró como vincular a eso, una inversión además se vinculó con eso que significó un salto adelante que yo creo que esta cosa avanzó bastante' (Samuel, 14).

'En torno al cambio en los 90... Lo que yo te digo que fue bueno en esa época, fue la racionalización también del lenguaje, o sea la unidad de salud mental, aprendieron el lenguaje dominante y se montaron arriba de ese caballo para avanzar y ahora eso nos permitió llegar diría yo hasta... hasta el 2000, hasta creo que por allí, por el 2004-2005, con un buen impulso' (Samuel, 30).

'Muy distinta, ahora eso, yo siento que, si tú me dices... que desde el 2000 eh, a la fecha o de antes, desde que se empieza a crear este plan, desde

que se ha avanzado en salud mental... ES ESTRATOSFÉRICO, tú tienes estos diagnósticos que hacen ellos, de cómo han ido avanzando, bueno, los recursos que se han utilizado para los hospitales... ahora todo esto que... estos pasos que se han dado, todo está inserto en un hospital general' (Sonia, 46).

En el siguiente extracto, el discurso institucional se reproduce al manifestar satisfacción de haber incorporado a como diera lugar, programas de prestaciones en salud mental que tuviesen carácter de prioritario, como es en este caso el GES, que se trata de un programa de garantías explícitas en salud que significa poner unos plazos determinados para que la persona desde el momento del diagnóstico entre a una cartera de prestaciones de forma rápida y efectiva. En este sentido, más adelante veremos cómo la implementación de este programa así y de esta forma, resulta no tan armónico ni agradable en su implementación, puesto que las/os profesionales no médicos, deben rápidamente asumir un diagnóstico psiquiátrico desde el CIE o el DSM, y entrar a una fase de tiempos que no se corresponden con los procesos de la salud mental. No obstante, el discurso institucional aprueba y avala estos programas de esta forma:

'Si eso no hubiera ocurrido, estaríamos llorando, yo estaría absolutamente desmoralizado, a lo mejor muerto de cáncer o de alguna cosa PORQUE EL GES PERMITIÓ, INCORPORAR LA DEPRESIÓN Y EL PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA y además (nombre) tuvo la clarividencia de, eh, a ver, perdón, antes que esto, error, antes que el GES (nombre) había logrado instalar digamos un, a partir de los resultados que mostraba los estudios de carga de enfermedad, donde es que fue un hito, porque los estudios de carga de enfermedad, mostraban un gran peso de las enfermedades mentales y un gran peso de la depresión, con esos estudios en la mano se logró instalar en forma progresiva el programa de... se llama Programa de Tratamiento de Atención de la Depresión en Atención Primaria, programa que fue experiencia piloto y que además (nombre) lo contrató con algunos recursos, evaluación que demostró resultados positivos, el programa se fue ampliando y a los cuatro años, ya era un programa nacional, entonces cuando vino el GES en el fondo, eh... había fuerza, legitimidad y la depresión, se incorporó... Más... más bien fue el reconocimiento de lo

que estaba, te digo que probablemente si no hubiese habido esta etapa previa del programa integral, no hubiese estado la depresión ahora la depresión en el programa, tuvo varios impactos, en el sistema público permitió entonces contratar recursos profesionales para un programa que ya estaba sobreexigido, que no había tenido tantos recursos y consolidar ahí fue, fue, bueno en ese caso, permitió tener una nueva ampliación de recursos (Samuel, 42).

El siguiente extracto reproduce el discurso institucional avalando su estilo de trabajo, que en el caso de Chile, se caracteriza por ser precario en salud mental pública, sin recursos, en donde lo institucional impone un poco lo de, hay que hacer de todo, que no siempre está explicitado en las funciones de los equipos de salud. Esto suele ser también un choque para muchas personas que se incorporan a trabajar en estos equipos, lo cual suele ser un punto de tensión para el adecuado desarrollo de la desinstitucionalización, además de seguir imponiendo el modelo médico para todo el proceso, puesto que se habla de camas, pacientes, interconsultas, etc.:

‘Sí y como que claro, la gente se impregna y yo siento que por mucho tiempo, nosotras fuimos tres psiquiatras, pero yo pienso que... la gente o se modelaba o salía. Y si, incluso un tiempo pasamos susto, porque nosotras decíamos “somos tres brujas”, porque... claro porque los otros llegaban y encontraban que era mucha pega. Y... nosotras siempre sentimos que la pega había que hacerla ¿me entiendes? yo, yo creo que, o sea ¡imagínate!, nosotras hacíamos la interconsulta, como se hacía la consultoría, íbamos... íbamos al consultorio, estábamos en las reuniones de atención primaria, fuera de eso atendíamos a todos los pacientes, fuera de eso hacíamos enlace... no teníamos cama, entonces todos los pacientes tenían que ser manejados ambulatoriamente con... con el estrés que eso supone para EL TRATANTE Y PARA LA ¡FAMILIA!’ (Sonia, 20).

Discurso organizacional

Este discurso, como posición de sujeto, reproduce la cotidianeidad de las organizaciones, sus fortalezas, debilidades y algunos problemas. La visión desde el

lugar que habilita este discurso, muchas veces también se cruza un poco con lo institucional, puesto que suele ser muy condescendiente con el mismo, aún cuando en ocasiones también es crítico y se muestra más independiente.

Los siguientes extractos describen el sentido de los grupos organizados en torno a la salud mental. Generalmente están formados por padres y madres, reproducen el lenguaje médico e institucional puesto que por ejemplo, hablan de discapacidad psíquica o enfermos y de la incorporación a talleres. Aquí apreciamos la entrada de la versión más rehabilitadora en salud mental, uno de los objetivos que también suelen plantearse estos grupos. El discurso posibilita que estas personas puedan gestionar y articular lazos de cooperación entre quienes se hallan en la misma situación:

'Ahora es un grupo de papás... o de mamás... que son eh... de... de... personas con discapacidad psíquica, que son las ¡MISMAS QUE TENÍAMOS!, pero ahora en vez de funcionar como grupo de apoyo, ellos funcionan como un "grupo de amigos"... que les ayudan a estos cabros que va... a que entren a los talleres de la... (Institución)' (Laura, 26).

'Porque en esa época, fue que, una cosa muy buena también, que fueron los primeros años de la enfermedad, mi mamá participaba muy activamente, en una actividad con los enfermos, en el hospital y siempre habla ella muy bien de ese período, le hizo muy bien eso y bueno porque se juntaban todas las semanas, los psiquiatras hacían talleres con los familiares para explicarles lo de la enfermedad como funcionaba, como un espacio también, como un poco de terapia para ellos...' (Romina, 26).

Discurso paciente

Esta posición de sujeto reproduce el ser paciente desde el punto de vista médico. Posibilita ser apreciada/o con necesidad de cuidados médicos. También hay uso y reproducción del lenguaje médico, describiendo incluso síntomas específicos de enfermedades.

Los dos siguientes extractos describen cómo este discurso permite hablar sobre el propio tratamiento, sugiriendo incluso que como tal, cabe la posibilidad

de que no tengas ciencia cierta sobre las cosas, porque eres paciente. Este discurso reproduce en cierta forma una pasividad, tal como se describe en la dependencia, expresada en ser un receptor, recipiente de cuidados médicos, que no requiere conocer en forma activa cada detalle de sí misma/o, ni tampoco de las actividades que pueden relacionarse con el tratamiento, aunque en la misma actitud pasiva que este discurso habilita, cabe la ensoñación y la esperanza de que podían haber grupos así para conversar por ejemplo, pero que no se llevan a la acción hasta que es el dispositivo médico el que lo inicia:

'O sea sí, porque yo sabía que, más o menos lo que tenía, porque lo había tratado antes... pero había dejado el tratamiento (4) pero porque no sabía tampoco que tenía que ser siempre el tratamiento...' (Ana, 4).

'No, pero pensé que podían haber centros así, o sea yo siempre tuve la esperanza de que... me imaginaba que habían... ¡tenía que haber un tipo de grupos de apoyo!, donde uno pudiera conversar lo que pasa' (Ana, 14).

El siguiente párrafo relata como éste discurso paciente, también permite relacionarse de cierta forma con el mundo médico, en donde, en este caso la persona en su posición de paciente y cuidando ciertos códigos de comunicación con la médico, logra sintonía y acuerdo para articular un dispositivo que le ayude y asista de mejor forma a su tratamiento. Este discurso en este caso en particular también avala el discurso médico, lo reproduce y sustenta, dejando implícitamente instalado que el tratamiento médico psiquiátrico farmacológico es lo único que requiere en estos para estar bien:

'Eh, al principio bastante complicado porque mi, mi... en ese tiempo yo no estaba con la pastilla que estoy ahora, la pastilla que estoy ahora es Olanzapina, que la tengo desde el... 2007, una... bueno... déjame explicarte, eso de la pastilla... ya en la... yo... eh... tengo un amigo en (ciudad) y general (mente)... de repente lo iba a ver como una vez cada dos meses, una cosa así... y se hacían caleta de celebraciones y de repente llegó una parienta de su pareja, la Carmen, que es psiquiatra y ella... se ofreció a atenderme... y me empezó a atender... y nos llevamos bien, hubo muy buena empatía con ella... y... ella, me hizo una movida

tránsfuga... o sea... me hizo un informe... más... más drástico de lo que soy yo realmente... de mi estado y me trasladaron a (ciudad). Y allí me empezaron a dar la pastilla que yo tenía que tomar para ese informe' (Juan, 64).

El extracto a continuación va en la misma línea del anterior, vemos en la posición de sujeto del discurso paciente, la habilitación y validación del discurso médico, la articulación y complicidad con el mundo médico, la sintonía y la creencia y aceptación del tratamiento farmacológico:

'Unos buenos años... (↓) NO... mira lo que pasó es que (T) a ver... estuve hasta septiembre del año pasado con tratamiento, Olanzapina, porque la doctora igual me regalaba Olanzapina, ella lo fue.... controlando... la dosis de... de pastillas... la Olanzapina... me... mantenía el ánimo más estable...' (Omar, 133).

Discurso paternalista

Desde esta posición de sujeto se reproduce la victimización y/o infantilización de las personas con diagnóstico psiquiátrico que posibilita en la mayoría de los casos, la excesiva sobreprotección de las mismas. Este discurso permite como consecuencia, inhabilitar a quien posee un diagnóstico psiquiátrico, despojándole no sólo de autonomía y voluntad, sino de poseer una voz válida para interactuar y participar en la sociedad. También se aprecia muchas veces la reproducción del discurso médico psiquiátrico para avalar el porqué una persona requiere de cuidados especiales.

En los siguientes párrafos esto se puede apreciar el lenguaje utilizado. En el primer caso una madre habla de su hijo de la siguiente forma:

'A la... presión, él no es capaz de esperar, ponte tú, en una fila, se... se... ¡SE TRASTORNA! o sea no... Se pone nervioso... se come las uñas, se... se descompensa... entonces ¿para qué? El va a ser un niño dependiente ¡siempre!... yo lo tengo absolutamente claro, que hasta el día que yo pare la chala él va a estar al lado mío, eh... y después seguirá... bajo la tutela

de su hermana o... de un tío, ¡DE LO QUE SEA!... (3)... pero eso ¡lo tengo claro!... (Laura, 108).

Este discurso posibilita por tanto que la madre utilice palabras como: no es capaz, se trastorna, nervioso, descompensa, niño dependiente, seguirá bajo la tutela de alguien, etc. Claramente esta posición de sujeto paternalista no concuerda con lo que se supondría un plan de desinstitucionalización articulado y consensuado entre todas las partes involucradas, esto es, personas con diagnóstico, familiares, equipos de salud, organizaciones sociales, barrios, etc.

El siguiente extracto muestra un lenguaje similar y también la reproducción del discurso médico al utilizar el sentido de descompensación y también la infantilización, al mencionar que pueden ser un grupo manejable o similar a una escuelita o colegio, cuando siempre se está refiriendo a un grupo de adultas/os:

‘Pero ¡yo creo que eran todos manejables!.. eran manejables, siempre y cuando... se sintieran ELLOS como parte de algoellos... ellos, mientras yo estuve allí, ellos se sentían PARTE DE UN GRUPO, se sentían, es lo que yo decía, se sentían como yendo al colegio, como que eran compañeros de curso, y eso yo creo que logró ¡MUCHO! en ellos, logró que se mantuvieran bien, que no se descompensaran mucho, que... hicieran cosas útiles, entonces... eso los mantuvo bien’ (Laura, 10). ‘CLARO que ellos ya, ¡eran como te digo como una escuelita!, como un colegio’ (Laura, 18).

El discurso paternalista también posibilita el reconocimiento a logros que sus protegidas/os parecen alcanzar, no obstante, están siempre dentro de un marco de actuación acotado y controlado, que no busca indagar más allá sobre nuevas posibilidades, es más, pareciera ser que se prefiere mantener en minoría de edad a las personas adultas. Esta posición de sujeto paternalista tiende por tanto a asumir prácticas que más inmovilizan y cristalizan a las personas en estados que requerirán constante supervisión y cuidado:

‘Sí o de repente el siente que se está descompensando y me dice, eh... me... “me estoy descompensando, así que me voy para la pieza”... y ahí como que le bajan sus niveles todos y sale después tranquilo... él ya está

manejando esa parte. ¡NO! él está bien, yo encuentro que está bien, está regio sí... mi guatón está exquisito... ¡él va a ser mi bebé siempre! (Laura, 114).

Discurso prejuicios

Desde la posición de sujeto anterior también se puede ver como este discurso reproduce las prácticas sociales de prejuicio hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico y que se traducen en el estigma negativo que presentan. Hay toda una ideación en torno a lo que es un diagnóstico psiquiátrico, que en general no es bien aceptada ni tolerada por la población que trabaja en el área ni por la que está ajena al mundo de la salud mental. Este tipo de discursos reproduce las situaciones del período asilar manicomial y promueve la dependencia permanente de las personas con diagnóstico psiquiátrico. En este caso la cita escogida refleja cómo la familia reproduce el lenguaje de la coacción, en donde se entiende que la persona al no tener una ocupación no podría estar libre por la calle:

'Porque sí, porque siempre he sido yo, lo que te comentaba, yo soy una convencida que un paciente psiquiátrico, TÚ LO TIENES QUE MANTENER DENTRO DE UN SISTEMA DE POR VIDA, tú no puedes decir "¡No! tres meses de rehabilitación y a la calle", sin trabajo, sin nada, ¡no puedes, no puedes! pues aquí empezaron a actuar así, cada tres meses los soltaban... entonces como yo te decía, esto se transformó en un círculo vicioso... salían a los tres meses, volvían a la calle, al mes se descompensaban, volvían al servicio de psiquiatría, se volvían al diurno, volvían a salir... (↓) fue un círculo vicioso... (↑ ↑) y como ya no se sintieron "parte de nada", empezaron a irse... empezaron a no querer ir más...' (Laura, 16).

'Eh... ahora, yo creo que soltarlos a la calle no es... no busca justamente eso de, de, nada "comúnicate con el entorno ya y comparte con la..." (Cristian, 166).

'O sea, tirarlo a la calle es para que sea el loco de la calle eh... se tire en la plaza y se masturbe... vienen los pacos y se lo llevan de vuelta al psiquiátrico, eh... y ahí yo creo que hay harta disposición, o sea si

realmente se buscara eso, creo que hay mucha disposición de parte de gente que trabajaría en torno a eso' (Cristian, 168).

En el siguiente relato, se aprecia cómo es la primera aproximación al mundo de la salud mental que refleja cómo se reproducen en el primer encuentro las ideas típicas en torno a los diagnósticos psiquiátricos: miedo, gente extraña. Aún cuando luego parece haber un cambio, en la expresión de convivir con ellos se deja entrever que aún son vistos como un grupo de gente extraña. Estas sutiles expresiones son las que mantienen y reproducen los prejuicios y estigmas hacia quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico:

'Primer evento porque yo claro, cuando mi hijo recién empezó con su problema, ¡yo no conocía ese mundo!, no lo conocía, para mí era un mundo... que nunca había visto, porque tú puedes mirar en la calle gente extraña, pero no, no te interiorizas de lo que es. Entonces esto de empezar a conocer este mundo y darme cuenta que yo, (↑) no tenía por qué tenerles miedo ¿ya?, porque uno les teme... eh... empecé a meterme, y empecé a, a dar ideas, empecé a... convivir... con ellos...' (Laura, 4).

El siguiente relato también reproduce el ideario popular en torno a quien tiene un diagnóstico psiquiátrico, por ejemplo, que son personas que no se desenvuelven bien en el mundo, no obstante ha conocido a una persona que rompe un poco con ese esquema, incluso en relación a quienes ve en el hospital. Igualmente el estigma de la soledad aparece en esta narración, en donde el discurso posibilita verles como abandonados en una suerte de mezcla con la victimización que puede hacerse sobre estas personas:

'Tenía la idea que una persona con esquizofrenia, eh, no se desenvolvía bien en el mundo, o sea, ella una persona... típico viejo de la calle que habla solo y cosas por el estilo entonces para mi eso era el personaje con esquizofrenia y... bueno también me había ahí, me había no sé... me había hecho esa idea con la gente que uno ve aquí en el hospital que... que vive así de otra forma, de otra yo conocía al, al Roberto y el también me comentaba de que había tenido períodos mucho más críticos... me comentaba que había tenido etapas de su vida bien largas así como de tres años que el no, no tenía muchos recuerdos de.... eh.... pero... oh

bueno, como conversábamos harto sobre eso y... me di cuenta que él pese a todo eso, que... que tenía la fortaleza, las fortalezas que él tenía, igual era bien marginado por su enfermedad o sea, él, el familiar, él vivía siempre, eh, solo o con amigos, pero solo al fin y al cabo...' (Cristian, 14).

Este discurso, también lo identifiqué en mi proceso de análisis como parte de una problematización que es reproducida principalmente por quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico. De esta forma en la sección de las problematizaciones expondré algunos ejemplos de este objeto discursivo cuando se presenta como dilemático y abre la posibilidad a ser cuestionado.

Discurso social

Esta posición de sujeto otorga la posibilidad de abrirse a las relaciones con las/os demás en sociedad, ya sea en barrios, en las familias, grupos de pares, etc. Este discurso reproduce también la importancia de las redes sociales para enfrentar un problema de salud mental, tanto para la persona con diagnóstico como para su familia, que valora el apoyo entre pares y otras personas, frente a cualquier situación de la vida. Reproduce positivamente de esta manera, las relaciones sociales, la colaboración, el apoyo, la amistad, vecindario, etcétera. Esta posición de sujeto, sí estaría en consonancia con otro de los objetivos que buscan reforzar los procesos de desinstitucionalización que implicarían superar el aislamiento social que se establecía en el sistema asilar.

El siguiente extracto habla de los vínculos de amistad que ha establecido una persona con diagnóstico psiquiátrico. Este discurso posibilita la convivencia satisfactoria de su amigo, en círculos de personas que le quieren y le acogen porque también comparten sus visiones de mundo, filosofías, etc.

'Le importa poco encajar y eso porque bueno, primero ha encontrado eh... los lugares, los grupos, las personas con quien comunicarla y... y con....quienes no lo juzguen de esa manera, que es el círculo como en el que se mueve con sus amigos yo creo que los escoge por eso también' (Cristian, 68).

Este extracto corresponde a la visión de una persona que tiene un diagnóstico psiquiátrico y la valoración que hace sobre la amistad. Su discurso le abre opciones de desenvolverse con comodidad en las relaciones sociales y también da cuenta de la importancia de compartir valores e intereses.

'Vamos al centro, vamos a la playa"... una... una vuelta en bici... a caminar... la compañía, poder conversar los mismos rollos, no los mismos rollos, sino...conversar, escuchar, aprender, tirarse tallas mutuamente con sabiduría, respetarse' (Omar, 193).

Esta posición de sujeto más social también abre más opciones a redes de protección y cuidado, que son más horizontales que las que suelen establecerse desde la medicina o la familia. En el siguiente relato una mujer describe cómo su grupo de pares le animaba a seguir con ellos aún cuando su tratamiento no le permitía beber alcohol, entonces le apoyaron en que se auto-cuidara y el grupo decidió comprar algo que sí podía beber junto al resto. Todo este tipo de consejos, colaboraciones o ayudas se perciben mucho mejor que las otras que se experimentan como mucho más unilaterales:

'Si...el grupo más cercano... eh... y en algún momento igual cuando estaba... me... restringía tomar y todo, cuando estaba muy achacada con eso que no podía: -"ya Ana, compremos jugo, tomái jugo" (Ana, 68).

Problematizaciones

- Discurso alternativo de salud
- Discurso crítico institucional al sistema salud mental y la desinstitucionalización
- Discurso crítico educativo salud mental
- Discurso crítico médico psiquiátrico/control
- Discurso crítico profesionales salud mental no médicos/psicológico
- Discurso crítico sistema político
- Discurso crítico sociedad
- Discurso discriminación/dificultades/victimización
- Discurso familia
- Discurso prejuicios

Discurso alternativo de salud

Como problematización este tipo de discurso reproduce el cuestionamiento a los procedimientos más clásicos en salud. Aparece como prácticas de estilos de vida saludable, factibles de promocionar en salud mental y que funcionan como alternativas menos invasivas a las propuestas de tratamiento que muchas veces se hacen desde la psicología y/o medicina tradicional.

En el extracto a continuación el mejor amigo de una persona con diagnóstico psiquiátrico valora la búsqueda que ha hecho él en tratamientos alternativos para vivir mejor con su diagnóstico, porque en cierta forma, pone en entredicho todo lo que se dice desde la medicina psiquiátrica tradicional y ha podido constatar cómo otras formas de vivir con un diagnóstico son posibles inclusive con mayor armonía:

'Y valoré siempre el hecho de que él buscara, buscara sobre su enfermedad, buscara sobre medicamentos que fueran eh, menos invasivos a su organismo eh, que tuviera su perspectiva, su norte bien claro, de... ojalá no tomara medicamentos y poder llevar su condición eh, llevarla como una persona normal nomás.. y también cuestionar, el cuestionamiento constante de él, qué es lo normal y qué es lo anormal también' (Cristian, 30).

El párrafo siguiente da cuenta de una reflexión que se hace en torno a la importancia que tiene buscar más allá de la persona cuando alguien califica para diagnóstico psiquiátrico. Implícitamente aquí hay un cuestionamiento a la forma que tiene de focalizar la medicina, principalmente en el individuo descontextualizado, cuando en realidad debiera considerarse el entorno social y afectivo completo de la persona, su situación, relaciones, etc.

'Entonces, creo que desde el punto clínico, o desde la ciencia, no sé si toda pero... hay mucho de eso, hay mucho de, no buscar, en, en la persona, no buscar en la, en la, en el individuo, pero en la, en la persona en particular...' (Cristian, 68).

Discurso crítico institucional al sistema salud mental y a la desinstitucionalización

Esta problematización reproduce el cuestionamiento, resistencia y/o rechazo a la gestión y administración de la institucionalidad. Es el discurso opuesto a lo institucional, la tensión entre lo que se impone y lo que se quiere flexibilizar o transformar de esas estructuras. Se hace el cuestionamiento del sistema de salud mental por los múltiples problemas que éste presenta, como de procedimientos y gestiones. La problematización alude al sustrato material e intangible del que se dispone para la desinstitucionalización y al trabajo en salud mental en general.

El siguiente extracto es el relato de una práctica que parece estar bastante extendida en el sistema de salud mental y que es la escasa posibilidad de escuchar y ser escuchada/o, especialmente a las personas que se atienden, cuestión que sería básica de mejorar puesto que para disminuir estigmas y prejuicios habría que practicar la idea de que todas las personas tenemos la misma igualdad de derechos y deberes, y que no por tener un diagnóstico psiquiátrico ello despoja o inhabilita a una persona como alguien válido para ser escuchado:

'Yo me imagino que tiene que ser así... y... y claro yo creo que debería, debería haber un poco más de... de... de escuchar al paciente, al final son personas, a veces, ni siquiera yo creo que es necesario el... el hecho del doctor, a veces es necesario gente que tenga un mismo problema y lo comparta que no se sienta solo, que no se sienta como único con ese problema' (Cristian, 150).

'La etapa previa al doctor que ya...eh...pedir la hora, ir a buscar las pastillas a la farmacia, ESO SÍ QUE ES UNA MIERDA, ¡es súper violento!...había... ¡hay dos güeones de mierda que trabajan allá en el Some...que...se burlan de ti!, se burlan de los...de los pacientes...los tratan mal, ¡los humillan!...Los guardias.....tienen un...un respeto absoluto por lo que dice el médico, sin cuestionarlo, la persona puede estar mal y si el médico dijo que "no lo atiende", el guardia lo saca... ¿entonces, eh?, ¡pienso que es muy violenta la cosa!' (Juan, 94).

El siguiente extracto relata sobre el grave problema de financiamiento que tiene el programa de salud mental en Chile, en cierto modo, en el sistema público hay una especie de desamparo aprendido puesto que desde su configuración el sistema de salud ha sido siempre desigual, insolidario, precario, dirigido a la población más vulnerable social y económica del país, etc. (Illanes, 1993), entonces esta característica tan arraigada en la administración, al final se sigue reproduciendo sin poder dar una salida más eficiente a estos discursos y prácticas:

'Es que sabes una cosa... también es cierto que es muy fácil escribir... (3) ¿ya?, redactar leyes y cosas... es súper fácil, pero si tampoco tú le entregas, la... la... la parte económica ¡no te sirve de nada todo lo que está escrito!, porque yo te digo yo... mi experiencia es ¡no sirve de nada! que en un párrafo de la cuestión de servicio de salud mental, de salud mental diga: "después del hospital de día... hay que hacer... crear un club de integración para ocupar los tiempos ¡libres!" o sea todo un chorizo, suena súper lindo... pero si no te entregan la parte económica, no te entregan un lugar físico, ¡no te entregan nada!... es súper difícil que un grupo de papás, sobretodo, que son de "escasísimos" recursos... (3)... ¡puedan fundar un club de integración!' (Laura, 64).

Encima de la escasez de los recursos, dentro del espectro de lo mal denominado área de las discapacidades en salud en el país, el tema de la salud mental también está marginado en relación a otras realidades de personas que tienen dificultades de inserción social ya sea por vivir con una lesión física o cerebral como se explica en el siguiente relato:

'Mira viéndolo... viéndolo bien de afuera...., yo creo que a salud mental le tiran muy pocos recursos... yo creo que en el fondo, eh, si tú te das cuenta lo que yo te decía que en las campañas políticas, ¡jamás, jamás! te han hablado de hacer alguna reforma a la cuestión de salud mental. Nunca, hablan de salud en general... pero... si te fijas en Chile... ¿el discapacitado quién es? Es el inválido.... es el sordo...' (Laura, 76).

También se critica que desde la institucionalidad de salud mental no se haga una reflexión más profunda de que es la salud mental o de porqué desde el mundo occidental la entendemos de tal manera y menos preguntarse si podría ser

interpretada de una nueva forma, mientras eso suceda, como analiza la persona de la siguiente cita, va a ser difícil cambiar la concepción de salud mental hacia un modelo desinstitucionalizado:

‘A ver yo creo que la noción de... de salud mental tiene que ver con la noción general occidental que tiene la salud occidental mental, o sea por una parte dividir el cuerpo y la mente que da cuenta de una visión de mundo también de como el mundo occidental se plantea la salud de una persona, dividiéndola, separar una cosa de otra, entonces desde ahí ya hay un problema serio’ (Romina, 2).

La siguiente reflexión elegida, señala que además de la concepción de fondo dicotómica y unilateral que tiene la institucionalidad en torno a la salud mental, y en el entendido que sí se ha avanzado mucho desde el sistema asilar, también falta más apoyo al proceso de desinstitucionalización, puesto que se percibe un cierto abandono de las personas, de los casos, faltaría más apoyo al núcleo familiar, que es el que sostiene y acompaña, muchas veces sin tener claras nociones de cómo hacerlo mejor y con un alto desgaste físico y emocional, porque hay que enfrentar permanentemente todo tipo de barreras y prejuicios para intentar siquiera comenzar el trabajo de integración en la comunidad:

‘Yo creo que hay hartas, hay hartas, o sea la de fondo, yo creo que es la percepción de... la salud mental, esa es la de fondo, pero en la práctica cruza con todo lo que tiene que ver en las políticas públicas, una reducción del Estado, vender este supuesto, yo creo que sí ha ido avanzando aquellas, a que las personas que son diferentes, ya no las encierran de por vida como pasaba hace 200 años atrás ¿no? Que los encerraban y allí toda la vida ‘per sécula seculorum’... ya y ahora yo creo que eso ha ido cambiando, cuando se interna en el psiquiátrico, fue por un tiempo corto que la vida de las personas tiene que ser cotidiano, que la familia tiene que empezar a aprender a vincularse con las personas... yo creo que en eso ha habido avance, yo creo que en Chile por lo menos sí ha habido avance en ese sentido... pero hay limitaciones... por ejemplo esto mismo de que las personas podrían tener hogares donde vivir, que se les ofreciera un apoyo, potenciar la independencia... de intentar desmedicar poco a poco, ¿ya? Y no hacer como una tabla rasa que a

todos... que para todos igual y méntale remedios no más. Yo creo que sí, no en el sentido de que es la salud mental de hace 200 años atrás, que los encierran a todos y nada... yo creo que se, que se ha realizado la participación de la familia, me parece bien, desde lo que todavía al paso que no se da, es paso para el sistema social... por ejemplo, nunca se ha hablado de la comunidad ¿te fijái? Como se inserta, cómo la comunidad puede ser un soporte tal y como es la familia y... yo siento que todavía hay poco apoyo... que yo creo que muchas de las personas que viven en otras dimensiones de la vida no sufren mucho, porque como están en otras dimensiones ¿cachái?, pero los que sufrimos, somos los que vemos el desajuste, la incomprensión que tienen estas personas que viven en otra dimensión... entonces yo creo que falta mucho apoyo para las personas que rodean...' (Romina, 126).

Otra falencia que se percibe en los procesos de desinstitucionalización es la escasa difusión de los cambios o reformas, tanto entre funcionarios, como a nivel país, población general, y esto también se recoge en la siguiente cita:

'¡Claro! porque, tampoco ¡yo no sabía que estaba esto! porque uno siempre... también relaciona que cuando uno tiene un problema... ¿cierto? psiquiátrico, o mental digamos... es solamente psiquiátrico y hospitalizarte y que te estén... medicando, pero uno NO SABE que hay un centro donde tú te puedes... eh... recrear, eh... eh... ¡qué sé yo!' (Ana, 216).

Otra crítica que aparece es el poco contacto y experiencia de las/os profesionales con la gente inmersa en su realidad cotidiana. Esto sin duda, se relaciona con la falencia que ya existe desde la formación de las/os profesionales que trabajarán en salud mental, quienes en su mayoría no están formados en la visión social ni comunitaria y ello lo perciben quienes reciben esta atención de salud más desinstitucional:

'Pero... pero... eso... más en terreno los especialistas (golpea la mesa) más en terreno' (Omar, 185).

La institucionalidad además de muchas veces contratar profesionales jóvenes, sin experiencia, pero con mucha motivación, tampoco cuenta con un programa de inducción adecuado cuando alguien nueva/o ingresa a trabajar a la red de salud mental. Esto no está pautado ni establecido, no se informa sobre lo que se hará, ni en que contexto aparecen por ejemplo los objetivos, etc. Esto también sería básico de modificar para mejorar los procesos, puesto que como mínimo se requiere que los equipos de salud mental comprendan lo que es el trabajo desinstitucional, participativo, etc. Los siguientes extractos muestran ejemplos de estas situaciones:

'Sí, en su momento pero, pero como te digo, era cuando se habló por ejemplo, de la reforma de salud, de la psicología, la salud comunitaria, por ejemplo, de donde se sacó el modelo, y qué sé yo, claro eso te lo iban contando en capacitaciones... también encuentro que el concepto de salud mental comunitaria que se maneja, es como de ahí... siempre discrepamos con la... porque con los servicios de salud, porque en general se dice psicología comunitaria y... y cuando tú programas actividades te hablan de muchas actividades que van con el concepto comunitario, pero en realidad QUÉ es comunitario... que es comunitario... entonces ahí encuentro que el nombre es muy grande, (↓) para lo que se hace en comunitario...' (Ivanna, 22).

'Como proceso de inducción ninguno, creo que más que nada en el hospital me contrataron porque la política pública de ese momento decía que había que contratar psicólogos, pero nadie en el hospital sabía bien que significaba que hubiera un psicólogo en el sistema eh... Y cuál era el rol, cómo se implementaba y cuál era el espacio que se me tenía que dar para eso también. Eso no existía, eso fue algo que yo he tenido que ir forjando en el tiempo' (Diana, 6).

'Inducción... relativa, "léete estos documentos que son de políticas públicas"... pero... "léetelos", o sea, están ahí para quien le interese, si quiere tomarlo, puede buscarlo... o sea, cuando tú vas a trabajar a un sistema de salud pública, ahí te explican "estos son los programas y éstas son las cosas", no te dicen dónde está la base de eso... a lo más, eh, las principales preocupaciones para inducir a un trabajador en determinados programas de salud pública, tienen que ver con cuáles son

las metas, cuáles los rendimientos... cuáles son las... los lineamientos del programa más allá de... a menos que estés más a caballo, a menos que te toque aspectos de gestión y a menos que te interese el paquete de “donde hacerse” si no eh, basta con que te... con “esto se hace así, asá”, así funciona el asunto, de hecho...’ (Ivanna, 12).

Esta en particular es sobre si alguna vez han leído el Plan nacional de salud mental y psiquiatría:

‘Bueno, yo creo que como documento no lo conocí, NUNCA lo he visto... a lo más, he visto los programas que tienen alguna atinencia con, con salud mental o con lo que yo estoy haciendo en ese momento’ (Diana, 22).

‘A ver, yo creo que el programa de depresión... se intentó, yo lo que vi, lo que vi, cierto, fue que el programa depresión nace o, o se plantea la necesidad en ese momento, de crear el programa en, en el servicio de psiquiatría, básicamente porque involucra dinero... eso es lo que yo percibí... involucra plata, cierto, que se invierte para eso y que por supuesto, que en cualquier servicio de salud, está dispuesto a... a entregar, o a recibir que tiene como el interés’ (Diana, 38).

‘No...Sólo he leído los protocolos de los, de los GES por ejemplo...Ya y ahí como que nombran un poquito, pero lo otro no, nunca’ (Germán, 18).

Otro problema es la distinta valoración que se hace de cada grupo profesional, estableciendo de este modo jerarquías de estatus distintos, cada uno con sus derechos, deberes y privilegios, en donde la medicina es la más valorada. Esto deriva en que en todos los servicios de salud, los altos cargos por ejemplo o las jefaturas, sean todas ocupadas por médicos, reproduciendo de este modo el enorme poder que tienen, frente a las otras profesiones que intervienen en los procesos de salud mental. Esto dificulta enormemente trabajar en equipos y especialmente practicar la igualdad, la participación, etc. Sobre el porqué sucede esto, se reflexiona en la siguiente cita:

'Yo creo que hay componentes históricos, eh, que probablemente hacen que la validación del médico, sea mucho mayor que la del psicólogo, nosotros somos una carrera relativamente nueva en el país, eh, y pienso que el sistema que se da, no cierto, como eh, que también tiene que ver con la historia, pero el sistema dentro de la salud pública sobre todo, es un sistema jerárquico... en donde priman los poderes, o sea es una lucha de poder constante no... tú me hablas de equipo, por ejemplo... pero yo nunca he visto un trabajo de equipo, en, en salud pública' (Diana, 92).

Una de las falencias existentes en los procesos de desinstitucionalización señala que se requiere de un mejor desarrollo de los equipos de trabajo. Esto cuesta un poco por las diferencias de formación entre las/os profesionales de salud mental, quienes pueden provenir del área salud y medicina como de las ciencias sociales:

'Por lo menos, el trabajo en equipo, siento... yo creo que, que, que, estamos en eso, o sea, hay que mejorarlo, eh, porque igual se han integrado nuevos eh, eh... compañeros acá y tener que aprender... también de como trabajamos pero a... a diferencia de otras partes en donde yo he trabajado, se trabaja muy distinto acá' (Patricia, 150).

La crítica hacia el poder que tiene la medicina dentro del sistema de salud también pasa por las otras profesiones que participan y que finalmente por inercia siguen reproduciendo el mismo modelo:

'Por supuesto, un lugar donde pueda plantearse cualquier tema también, que cuestione un poco esto. Hay un formato en las reuniones clínicas establecidas, no cierto, que parte por un, parte por un eh, por un análisis de caso, de análisis biomédico, también ¿no cierto? Y los aportes del resto, eh, si se dan bien y si no bien también, bueno y yo creo que también hay una responsabilidad nuestra que en el fondo, nosotros nos dejamos avasallar por ese tipo de autoridad también y ese sistema jerárquico en salud pública, yo nunca he visto que funcione de otra manera, siempre está el jefe, del jefe, del jefe, o sea, y eso se tiene que valorar, o funciona con un peso importante en, en, en el trabajo mismo, o sea, no puede mandarse alguna decisión, por ejemplo, en el tema de

salud mental o una intervención por ti sola, o sea, tienes que todo casi preguntarlo' (Diana, 104).

'Se supone que se iba a desarrollar en esta... en esta década y que partía de la base de como de convertir la salud en términos digamos de la participación social. Que hubiera mayor participación social, que hubiera una salud mental comunitaria, que se le diera, digamos, un... la importancia que corresponde. Por lo tanto había toda una... una visión diferente de lo que se supone que debería ser. Ahora eso es por un lado lo ideal, lo que dice el papel, pero en términos concretos cada vez eh, yo me he dado cuenta que a pesar de la... eh, ideas que a lo mejor, algunas personas, del, del Ministerio, de los servicios de salud han tenido al respecto a... a provocar un impacto en términos de sacar por ejemplo hacia lo ambulatorio en la salud mental con los hospitales de día, con los COSAM, pero lamentablemente el sistema parece que sigue funcionando como en los años cincuenta, ¿ya? en términos de, de... que las políticas públicas siempre se han focalizado mucho más a lo que son en salud la hospitalización, lo que tiene que ver con box, lo que tiene que ver internamente en los hospitales, quizás por la... la relevancia que en algún minuto ha tenido eso y... y que en general es un tema como... un tema político, un tema... un tema global' (Patricia, 2).

'No están las condiciones. Yo creo que está la intención... yo creo que aquí todos, digamos, quieren abrirse a lo comunitario, a pesar de que... de alguna forma por la... educación de cada uno de nuestros compañeros acá profesionales, también tienen... mmm... diferencias... por ejemplo los trabajadores sociales o los asistentes sociales... somos mucho más comunitarios porque desde la escuela se les entrega esa...' (Patricia, 28).

Las exigencias laborales permanentes es otro tema que aparece en la crítica al sistema salud mental. Las capacitaciones son breves o inexistentes, todo lo que se aprende tiene que ver con poder contabilizar los ingresos, los egresos, las altas de las personas, y la efectividad de estos programas de salud mental se miden cuantitativamente con estos datos y siempre presionando al trabajador/a. En general, el sistema presenta escasa preocupación por sus funcionarias/os o trabajadoras/es, nadie les pregunta cómo hacer las cosas y todo llega impuesto

desde las jefaturas, en general es muy difícil escapar de la estructura jerárquica del servicio, tal como se expresa en los siguientes extractos:

'Una presión, una presión de hacerlo todo rápido... de aprender... cuando fue todo esto de incorporar por ejemplo el GES, el AUGE también que se llama también ¿no cierto?, que "todos tenemos que aprender rápidamente el programa computacional", que "todos teníamos que hacer los cambios correspondientes", que "las garantías", ¡qué fue!, es un tema, que tal vez pueda funcionar, pero el cómo se hace, al final genera mucha resistencia, entonces hay una lucha permanente entre un, entre un poder como fáctico, cierto...' (Diana, 144).

'O sea, yo entonces eso, a quién cuesta convencer eso... y después ¡a toda esa cosa central!, como tú convences, como tú, tú vas generando y además que yo siento que igual eh, eh, también es la población, tampoco es fácil, ¿me entiendes?, tu cachái la campaña de desprestigio contra la salud pública ¿me entiendes? Entonces... es como tan potente, o sea. Es como que la gente no entiende. O sea, hablando incluso con gente que es buena onda... pero que no entiende que la cantidad, que la salud pública en Chile, es un 70% de la población y que recibe lo mismo, lo mismo que recibe el resto que recibe los más jóvenes, los más sanos, con más plata ¿cachái? O sea, se pide que, con, que con recursos mínimos se hagan maravillas... me entiendes, entonces esa cuestión también, es frustrante, desgasta... desgasta, cuando tú ves, o sea la población también que, ahora yo creo que hay cuestiones que son errores, que son... yo pienso que HAY UNA CUESTIÓN DEL TRATO que, que... yo ahí entiendo a la gente, o sea, si era un servicio como pensábamos, decía yo que claramente a mí... me pagan por mi tratamiento... ¿PERO ESTAR A LAS CINCO DE LA MAÑANA? Y que de repente yo, digo... son huevadas, yo estoy segura que pueden funcionar, me entiendes, porque si ya funcionaba lo que es más medular, cómo... que se trate mal a la gente... muchas veces eso es lo que más alega la gente, esa cuestión también indigna de, pero, pero créeme que también si uno está, si uno se saca la mugre de repente sentir que, o sea, lo más terrible es ahora cuando tu sientes que es el propio ¡ministro! de salud, ¿me entiendes? que mira

desde fuera la salud pública, como diciendo “ESTO ESTÁ TODO MAL” (Sonia, 82).

‘...En poco tiempo, no se quieren dar los espacios como para hacerlo en forma lenta, ver que se puede hacer también del otro lado, o sea la gente que tenemos que implementar ciertos programas o ciertas reformas, QUE PASA CON NOSOTROS TAMBIÉN, ¿Cómo nos sentimos? ¿Qué opinamos de verdad?... como se está dando...’ (Diana, 146).

‘... Yo creo que no para toda la vida, o esperaría que no fuera para toda la vida a menos que, o a lo mejor, poquitas horas, si es que, porque creo que es una pega que te... que te exige hartos esfuerzos... que te exige hartos sacrificios y que no es compensado de la forma en la que te exigen, no es ni recompensado, ni financieramente, ni en términos, de... de horas de descanso ni, nada de eso...’ (Ivanna, 94).

‘Por lo tanto, eh, necesitamos que hayan buenos profesionales y para eso... el mercado es así... es drástico... o sea si tú no le ofreces un, un, sueldo, un salario... digno y justo a un profesional, se va al área privada’ (Patricia, 88).

El siguiente extracto habla de la ineficacia del sistema de salud para implementar el proceso de desinstitucionalización, que a la larga toma las formas del modelo asilar generando por ejemplo dependencia de los servicios:

‘Entonces eso más tiene que ver creo yo, con una situación de que no está sirviendo el tratamiento, está generando asistencialismo y dependencia a los servicios...’ (Germán, 60).

Otra forma errónea del sistema es haber institucionalizado las terapias complementarias, que finalmente toman la forma de fármaco en el sentido que se orienta como solución a síntomas de un diagnóstico como se relata en el extracto a continuación:

‘Si, hay ahí varias, está acupuntura, reiki, hay varias, a mí en algún momento me invitaron a ir, pero algo que no me gustó de eso y era que,

que el coordinador era médico... entonces trató esto como medicina igual, ya y yo creía que no lo es. Y sigo creyendo que no lo es, un medicamento, entonces empezaban a dar en base a síntomas, no emociones, entonces por eso no me interesó mucho lo, lo gestionamos por acá, pero ya estaba el camino como sembrado, no por esta persona, sino que por, por mucha gente que ya lo traía hace tiempo...' (Germán, 78).

En la misma línea de los errores, al institucionalizar el diagnóstico de depresión como parte del programa GES, éste se cronificó aún más, en vez de remitir, como supondría por ejemplo con un programa de desinstitucionalización. Este problema se menciona en los siguientes extractos:

'Implicó, ya, que se validó como institucionalmente, ya, una enfermedad como algo grave. Que no estoy diciendo que no lo sea, que la gente no lo haya pasado mal, pero como, como país, o sea, la gente se empezó a deprimir... el lenguaje que se respiraba y que estaba dado, y que era como que recibías atención rápida, eh, fármacos de mejor calidad entonces, como que estar enfermo no, como que estaba validado de hecho, como cuando se pensiona por invalidez a una persona que no está inválida... apareció el tema de la depresión, como, como ya que la gente empezó a sentirse identificada con eso, se empezó a ver más gente enferma como que se forzaba a que tenga eso... el GES habla también de que hay que tener cierta cantidad de números de deprimidos para que se mantenga el GES' (Germán, 86).

'Exacto, significa que el GES como que se justifica a sí mismo y eso ha implicado y realmente esto, yo lo sé de primera fuente, que para consultorios puede ser consultoría, entonces como que de ahí voy recibiendo el tema, ya que muchas veces tiene que hacer GES, a gente que, no sé, puede tener una crisis de pánico... entonces yo siento que eso ha implicado, bueno, dentro de muchas otras cosas como el tema de, de, no sé, muchas cosas se confunden con depresión, ya, no sé, jubilaciones que hubo, no sé, que alguien quedó cesante, duelo... todo eso entra ahora en el saco de depresión ya, eh....' (Germán, 86).

'Lo que le veo dificultoso, complicado a eso, es que se tiende a patologizar un montón de conductas, un montón de emociones, un montón de acciones humanas que no necesariamente tenemos por qué ser psiquiatrizados, ni patologizar... en el tema de depresión, por ejemplo, que es un cuento, a alguien le escuché eso... a alguien le escuché una vez que analizaba el cómo, como un análisis bien así básico... de cómo es... al considerar, porque cómo te llegaba la depresión al consultorio, por ejemplo, eso se ponía por estadística a nivel nacional, que tenía que haber, que había tanta cantidad de personas deprimidas, muchas, era una cifra importante, la mayoría de los chilenos estaba deprimido, por ende ¡los consultorios tenían que pesquisar! estaban las metas, las metas implican cuánta cantidad de gente tenía que ingresar a los programas de depresión porque para eso había, si la señora era ansiosa, había que tratar de buscarle la patita para la depre...(☺) (Ivanna, 16).

Como se señala en el siguiente extracto, el trabajo en salud mental debiera orientarse cada vez más a la desinstitucionalización, en la opinión de un profesional no médico, no obstante, esto resulta difícil, porque se sigue validando el modelo de intervención en crisis, las hospitalizaciones de mediana estadía, el peso del diagnóstico médico, etc.:

'Casos reales yo, eh, creo que hay que potenciar el tema de las salas de espejo más que de, que de, exponer a una persona frente a un grupo de gente, ya como, estoy absolutamente en desacuerdo con las hospitalizaciones en psiquiatría ya, PERO ABSOLUTAMENTE EN DESACUERDO, yo creo que debiera existir una instancia, a lo más de dos días de hospitalización, o tres, a todo reventar ¿ya? y después, creo que la sociedad debe como responder y cuidar, este, a este "sujeto enfermo" en algún momento o sujeto sufriente de alguna forma, un vecino, una amiga o una instancia amorosa, pero no una hospitalización, dentro de un hospital ¿ya?, no sé...' (Germán, 112).

Esto se nota en todas las actuaciones que realiza el sistema salud mental, puesto que desde la administración central se envía todo el ideal en papel, no obstante la falencia principal es que todo se hace en el escritorio y no cuenta con la

participación por ejemplo de las/os trabajadoras/es de salud mental, y siempre se toma en cuenta únicamente la opinión del cuerpo médico. Si esto no se consensúa desde el comienzo, ¿es posible pensar en implementar un programa de desinstitucionalización para incentivar participación, articulación, etc.?:

'Sí, hace tiempo atrás... y mmm, creo que tiene buenas intenciones (☺) pero...a mi me pasa con todas las cosas del ministerio en general, en general, todos los protocolos que habla el Ministerio, sigo encontrando que tienen un.... tienen una... una... ah... una cosa de poca participación social, pese a que intentan ponerle participación social, pese a que... mmm... no me las compro, no se las creo, como que más, su discurso me sigue sonando médico, me sigue sonando desde el médico tradicional hacia abajo, pese a que a veces hay intentos...' (Ivanna, 34).

'Claro, yo encuentro que están como, como no, no hay una un buen flujo de información, muchas veces el servicio de salud rebusca información o se demora en contestarles o, no sé como que también, lo que no fluye tan rápido o que se preocupan, o se me ocurre que muchas veces están súper preocupados de lo presupuestario... de tratar de sacar plata de alguna parte, para mantener al monstruo andando, que como que en realidad... no sé... no les alcanza para que siga y ahí, ahí de repente aparecen cosas, "la calidad", que "la atención", bueno ahora andan todos, "que la atención del usuario, que la atención del usuario" y un montón de cuestiones, pero como que a mí siempre me da la sensación que en la base de eso, antes que soltar la importancia de "cómo vamos" tienen este monstruo andando...' (Ivanna, 76).

El tema del diagnóstico médico pesa tanto para la institución que se expresa en valores económicos, para contabilizar así cuántas prestaciones recibe por ejemplo una persona. En este sentido, el área médica, mantiene y reproduce su poder y autoridad, porque finalmente es la única intervención que tiene valor económico en el sistema de salud mental:

'Porque sino ésa, ESA PRESTACIÓN NO SE VALORIZA EN TÉRMINOS ESTADÍSTICOS, en términos financieros no se paga, porque los códigos están hechos así, es un lenguaje un simple acuerdo pongámosle este

nombre, no sé las canastas, ¿no sé si te han hablado de las canastas de...? qué se yo, las canastas tienen un nombre de canastas y por eso que las canastas pagan de alguna forma... y eso se digitaliza, pero para que tal persona entre en esta canasta y se pague su atención, tiene que ir un código puesto y el código que va es el código del diagnóstico psiquiátrico' (Ivanna, 48).

El siguiente extracto muestra la reflexión de una persona frente a las acciones que realmente debieran competirle a la institucionalidad, en este caso, al Estado propiamente tal, o al sistema, cuando obligan a alguien a internarse u hospitalizarse. ¿Es esto establecer una relación de igualdad con las usuarias/os de salud mental por ejemplo?:

'Entonces hasta, HASTA... QUÉ PUNTO DIGAMOS TIENES TÚ COMO... como... o el Estado tiene el derecho a... eh... (↓) privar de libertad a una persona, porque eso es lo que se hace... o la familia tiene el derecho a privar...' (Patricia, 172).

En el siguiente relato se habla sobre los problemas de gestión del programa salud mental y se focaliza como punto central del tema de la descentralización. Esto significa que como el supuesto es que cada región pueda administrar de forma relativamente autónoma los programas, no se logra tener una idea acabada de cómo van marchando los proyectos en cada lugar. En este caso específico se alude a una falta de capacitación y seguimiento desde el núcleo central. Esto muestra en cierto modo, el abandono en el que se encuentran algunos centros de atención ambulatoria, cada uno un poco a su libre albedrío:

'O sea el desarrollo dispar tiene que ver con ¿no es cierto? es un riesgo que siempre tiene la descentralización y más, cuando esa descentralización se da en un contexto que tú no tienes un, una masa crítica de recursos humanos capacitados suficientemente y además cuando no tienes los procesos de seguimiento, ¿no es cierto?, como el programa calidad que te dan un norte constante, ¿me entiendes? entonces queda librado mucho, empiezas a pensar mucho en lo local' (Samuel, 42).

El siguiente extracto muestra otro ejemplo de desarrollo dispar de los centros ambulatorios de salud mental en Chile, en donde, algunos son muy medicalizados, otros más comunitarios, etc. Por ello en general ha costado unificar los criterios y encima porque no hay recursos para salud mental, ya que no es un tema prioritario para las autoridades del país:

'Hasta que uno ve una persona digo yo no más, cuando uno ve a una persona y se entera de la vida de esa persona el imposible epistémico se convierte en una realidad ¿no es cierto?, pragmáticamente te das cuenta, bueno, entonces, esa pregunta yo creo que... o sea esa discusión, que era una discusión que tenía significación, hoy día, en la medida, con el grado de desarrollo que tenemos en la red y con claro, en la red encontramos de todo, o sea encontramos centros súper medicados, encontramos centros súper debilitados y encontramos centros digamos más, con mucho más claridad, con un norte que tienen, ¿no es cierto? un, una práctica de mucho mejor calidad, o sea, encontramos de los treinta y tantos hospitales de día, sin duda encontraremos muchos que no merecen llamarse hospitales de día, que con mucha, digamos, con mucha generosidad, podrían ser centros de día, entiendes, y tal vez encontraremos cierto, consultorías hechas por médicos becados de formación segundo año y algunas hechas por los psiquiatras con experiencia encontraremos, digamos, programas de rehabilitación que todavía son muy elementales y que aparte de programas de rehabilitación, como el nuestro que han reinsertado el empleo a más de 60 personas... ahora un tema grave, a raíz del tema que te estaba diciendo, es que hubo una época en que la unidad de salud mental abrió un programa de calidad que se basaba, no, no, no digo en calidad, PARTE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN CALIDAD, JORNADAS DE CALIDAD en la cual se generaban pautas de evaluación de los distintos dispositivos. Pautas para evaluar hospitales de día, centros de día, unidades de corta estadía, etc. que se fueron progresivamente desarrollando y que esas pautas se hizo un trabajo de desarrollar un programa de calidad a través de procesos de acreditación por pares, digamos, en los cuales gente calificada supuestamente de un dispositivo de servicio de salud, iban a otro de salud y eso servía para... eso es muy importante, sin embargo, eh, para este programa... no hubo recursos,

puesto que en algún momento la autoridad y no me digo, o sea, fue una propuesta crítica que la unidad de salud mental levantó pero que es la superioridad, a este nivel digamos consideró, que no era prioritario, y no hubo fondos para eso y eso indudablemente es un atentado contra el desarrollo de una red incipiente que no logra, que está lejos de consolidarse como producto de calidad ¿te das cuenta?’ (Samuel, 36).

En una línea similar de problemas de gestión, el extracto a continuación relata sobre el centralismo y la distancia que existe entre el gobierno central y las regiones, esto abre una brecha difícil de trabajar para poder seguir los objetivos que existen en salud mental pública ¿si desde el Estado no hay igualdad de trato con todas/os quienes trabajan en el mismo programa, cómo se puede instalar un proceso que supone mayor participación, debate, democracia, igualdad, etc.?:

‘Y hace como un mes atrás nos llamaron de (ciudad 1), para ubicarte, el centralismo, “para felicitar lo que ustedes han hecho”... pero el tema de ellos era cómo, o sea, recoger las impresiones de lo que nosotros habíamos hecho, para una próxima vez, o sea, los gallos creían que la cuestión estaba absolutamente superada acá, o sea yo creo que, para mí, con el terremoto, una de las cosas, bueno la desigualdad se ha expuesto no, y ¡el centralismo!, que yo diría en Chile ¡ES BRUTAL!, o sea es ¡BRUTAL!, porque, porque ellos no tenían ni idea ...y después dijeron “ay vamos a llamar...” al poco tiempo se olvidaron, o sea, yo creo que es difícil desde regiones, es difícil, pero creo que ahí está el desafío ...y yo creo que el desafío está en lo local...eso también lo aprendimos, es como de repente, no son tantos...o sea, siempre se necesitan recursos, de repente te das cuenta que si tú miras los recursos que tú tienes, muchos recursos humanos muy valiosos ahí...tienes una comunidad que también...’ (Sonia, 70).

El siguiente extracto resume los errores cometidos por una administración de gobierno en específico, que cambió las administraciones sanitarias, subdividiéndolas y dejando en la confusión completa a equipos de trabajo que venían con años de coordinación y articulación entre los mismos. Relata además la imposición de la incorporación del tema judicial en salud mental en Chile en el año 2007, que significó asumir tareas de evaluación forense en todos los servicios públicos de

salud mental, con escasa o nula capacitación de funcionarias/os, con escasa infraestructura, con imposiciones por leyes o decretos, etc. De este modo el choque entre mundo médico y mundo judicial fue desastroso y hasta el día de hoy sigue tensionando aún más los esfuerzos que se hacen por desinstitucionalizar, puesto que desde el poder judicial se estigmatiza aún más todo lo relacionado al diagnóstico psiquiátrico:

'A ver te dije yo que hasta como el 2005 habíamos tenido una buena etapa, pero... la reforma sanitaria que cursó el gobierno del Presidente Lagos hacia el final, digamos que dividió el Ministerio entre una subsecretaría de redes y una de salud pública, eh, fue un desastre... para nosotros en salud mental fue un desastre, fue un verdadero desastre pasamos al menos tres años, sino cuatro, sin tener interlocución válida, sin tener una dirección desde el Ministerio de Salud, porque la unidad técnica digamos la masa crítica de la unidad técnica, se quedó en la subsecretaría de salud pública, no nos... pero el poder real, la capacidad de incidir en los servicios en los presupuestos, está en la división de redes, en la división de redes quedaron, primero apareció como tema, los profesionales que estaban allí con experticia en salud mental, fueron entregados a un montón de tareas, se ensayó después juntarlos, después dispersarlos, se puso a la cabeza de esos grupos, a colegas inexpertos... eh... personas que... a ver, además irrumpió una demanda muy grande de parte del centro de justicia irrumpió con una fuerza política digamos muy, muy grande, porque las autoridades sectoriales, digamos, asumieron como una tarea fundamental, mejorar las deplorables condiciones de salud mental de las personas que estaban en prisión... me acuerdo que así era y ellos presionaron mucho, mucho, mucho y se dio la paradoja de que hubo uno de estos años, no me acuerdo exactamente cual, ponte tu, a ver podría ser el 2007, el presupuesto de salud más grande que nunca había habido en el país, sin embargo, si tu ibas al detalle, ese presupuesto era ampliamente, ampliamente destinado a desarrollar dispositivos de tipo forense, capacitación forense, tanto para las personas que estaban en digamos en las cárceles, como para menores infractores de ley, pero a la vez era, cualquiera de nosotros que tiene una experiencia de estar en el sistema, sabíamos que eran compromisos incumplibles, o sea lo que estaba, se había aprobado presupuesto para

desarrollar actividades, para construir infraestructura ,que era imposible llevar a cabo en más de la mitad, porque no estaban los profesionales capacitados, porque no había la, la capacidad de construir o transformar en ese tiempo, porque no había la voluntad política local, para que eso se hiciera realidad y por lo tanto, la ejecución presupuestaria fue muy mala y por lo tanto finalmente, se perdió oportunidad y si habíamos, estábamos pidiendo otras cosas, más centros comunitarios de salud mental, más equipos comunitarios, estábamos pidiendo cosas concretas, eso fue tan crítico que la autoridad se vio obligada a inventar una figura con la cual nos juntaron a todos los directores ejecutivos, operativos digamos, de servicios, los directores de hospitales, y los jefes de programa salud mental, para hacer presupuesto para el otro año ¿ya? Y ahí estuvimos discutiendo y cada uno llevó sus propuestas y el presupuesto del otro año salió bastante mejor digamos, también con dificultades, entonces, pero todo esto... de muy pobre nivel en relación a una dirección clara, la responsabilidad que tienen en esto claro los encargados de la unidad de Salud Mental del Ministerio de Educación y su equipo es francamente menor, me entiendes, si los recursos de poder que ellos tenían, a partir de esta reforma sanitaria, era clarísimo, esto se compensó en parte, con el tema del GES, porque dentro de la reforma del paquete, de esta reforma de salud, surgió no es cierto, el programa de garantías explícitas en salud y el gran acierto y dónde realmente, o sea...’ (Samuel, 42).

La incomunicación con las autoridades es otro problema grave entre sector directivo y trabajadoras/es. Esto genera desaliento y desánimo en los equipos de salud mental que no ven reconocido su trabajo, puesto que al primer llamado a rebaja presupuestaria desde el Estado, se piensa inmediatamente el sueldo de las/os trabajadoras/es y eso se percibe como una tremenda injusticia para personas que realmente se sienten comprometidas con la labor que realizan como reflejan los siguientes párrafos:

‘¿Me entiendes?, o sea o siento que sí...YO ESTOY SÚPER CONVENCIDA QUE EL MODELO COMUNITARIO ES...tiene que hacerlo, ahora...cuesta tanto convencer a la gente, cuesta tanto tener recursos Pff...desde, desde las autoridades más directas que en mi caso son, la dirección del

hospital, entiendes, o sea todavía...¿tú puedes creer que después de todo, que después que nosotros hicimos no solamente lo comunitario, sino que además nos preocupamos de la salud mental de la gente del hospital...haya rebaja presupuestaria?’ (Sonia, 76).

‘...Pero me refiero a la gente del hospital, a la gente que vio lo que trabajamos, haciendo los turnos de urgencia al tiro, todo...y cuando llega la restricción presupuestaria...el director define que, bueno hay que bajar los costos qué se yo, ya no sé, pero a ti te da la impresión que él está defendiendo su cargo, porque ni siquiera, son de esta línea, cierto ellos saben, y decir que...y la tesis que tienen que disminuir los honorarios y las horas de psiquiatría...’ (Sonia, 78).

En el extracto a continuación, se cuestiona que con un solo programa se vaya a hacer un cambio real dentro de la comunidad, lugar donde se encontrarían las mayores resistencias a incorporar el tema de la salud mental comunitaria porque existe temor por la integridad propia y las de quienes forman parte del barrio ante el supuesto que las personas con diagnóstico psiquiátrico son peligrosas entonces se reflexiona hasta que punto este tipo de programas son útiles para la población:

‘De cambiar o, o DE SER MEJOR... tú no ves un... una incorporación te decía, una incorporación de estos programas, se supone que los están tratando de poner dentro de la comunidad para que se integren... pero lo que uno ha visto, son más bien resistencias a eso que, qué apoyos o sea la comunidad en sí, reacciona diciendo “¡pero como estos loquitos van a estar aquí, en que puede afectar mi seguridad!” eh, si hay un... en el caso del Cosam por ejemplo, que trata otros asuntos como el tema de la drogadicción, violencia, lo mismo eh, para que se saquen estas personas, el ESTIGMA DE QUE SON PELIGROSOS ¿cierto para la sociedad?... es un trabajo de joyería, que no se fomenta con estos programas’ (Diana, 164).

El siguiente relato corresponde a una madre de una agrupación de familiares que se sintió excluida una vez que el centro donde asistían sus hijas/os se desinstitucionalizó. Llama la atención porque el supuesto es la participación permanente de la familia en el proceso, no obstante, aquí se ve el caso de que no se dio así:

'Este diurno mientras funcionó en el servicio de psiquiatría fue fantástico, pero llegó un minuto en el que... según los estatutos, leyes y deberes del servicio de salud, decía que el hospital de día, tiene que estar "fuera" del servicio de psiquiatría, por lo tanto, se derivó este hospital de día a una casa y ¡ahí quedó la escoba! Porque... desde el minuto en que el servicio de salud le designó un cierto poder económico al hospital de día, al hospital de día, ya no le sirvieron más los papás, porque ya no necesitaban los fondos públicos' (Laura, 10).

'NO, ya no nos pedían opinión, ya no nos incorporaban... (↑) ¡nada!' (Laura, 14).

El extracto a continuación revela como el cambio de una instalación a otra muchas veces en vez de ayudar termina por aislando aún más el trabajo que se hace en salud mental, implícitamente se entiende que siempre es un tema que queda en detrimento en relación a otros de salud general, por lo que se tiende a quitar prioridad y protagonismo a ello:

'Es que nada que ver una cosa con otra, nada que ver, después hasta perdieron espacio físico, porque esa ala del edificio, empezaron a hacer no sé qué cosa, ¡otra cosa no me acuerdo que lo que es!, pero ya no es para salud mental, salud mental, está en otro lado, chiquitito... pero yo creo que intentaron dar la pelea, que la dieron, pero la perdieron' (Romina, 144).

Discurso crítico educativo salud mental

Reproduce la crítica a la falta de educación en pregrado en distintas profesiones, sobre temas de salud mental especialmente en el ámbito comunitario. En los tres siguientes párrafos se da cuenta de cómo el tema de salud mental comunitaria o con enfoque más social, no logra insertarse de forma adecuada en los planes de formación de las/os profesionales de salud mental, especialmente en las áreas biomédicas, donde pareciera que tienen ciertos prejuicios hacia las asignaturas del área social y suelen tener una formación muy endiosada o vinculada al poder que no sirve para trabajar en equipo, ni para valorar la opinión de todas

las profesiones que participan en el área de salud. Esto se hace patente cuando ya están dentro del mundo laboral, donde muchas veces aparece su desconocimiento sobre el tema:

'En cuanto a la formación de los profesionales, yo en las aéreas sociales, en general, me parece que se da el enfoque más comunitario y no discriminatorio, en cierta medida... a lo mejor se podrían mejorar algunas cosas, yo creo que falta más practica también de cosas, tener la posibilidad de ver otras experiencias que sean exitosas en ese ámbito, eh, en las carreras más biomédicas creo yo, QUE TODAVÍA FALTA BASTANTE INCORPORAR este, un enfoque más social, eh, de lo que escucho, de los comentarios al menos de la gente en salud, la verdad es que siempre estos ramos "son como ramos lateros" que implican como lectura o que tiene que ver como un, con algo que no les interesa mucho, que tienen que pasarlo no más... de repente te encuentras con una u otra profesional que se interesa un poquito más, pero, pero la generalidad parece que les acomoda como un enfoque más, ellos hablan de, de las ciencias ¿no es cierto?, y del método científico concretamente... parece que el discurso del método científico es mucho mas asegurador, como de la seguridad profesional que te puede dar y a lo mejor ahí tendríamos que entrar a cuestionar que, ¿por qué nos importa tanto la seguridad?, o sea ¿por qué no podemos salirnos un poco de los esquemas, eh, de vez en cuando...?' (Diana, 168).

'Solamente un discurso de que "mira esta persona es un caso social", ah, que se lo pasan para la asistente social y después se desligan, como que si eso fuera psiquiatría comunitaria' (Germán, 144).

'Lo que pasa es que, yo creo que esta es una visión muy, muy endiosada, de... de... de que la salud, es solamente, significa solamente el tema "médico" (hace ademán de comillas), de salir mucho más que eso...' (Patricia, 80).

Otra crítica que se hace, es que en la formación de pregrado se pretende que las personas aprendan teóricamente sobre el trabajo comunitario en salud mental, cuando es totalmente contraproducente al enfoque de trabajo, en este relato

podemos apreciar que es poco frecuente que el trabajo social se aprenda haciendo:

'Eso como una crítica pa'l pregrado. Eh...no sé, yo a lo mejor desde ese punto de vista soy más práctica, mis alumnos de pregrado, cuando los mando a prácticas, los mando realmente a que vean lo que es un trabajo de una visita domiciliaria, de un trabajo de una organización comunitaria, que... que experimenten lo que realmente pasa. Si no, no... Es un, un momento de hacer un trabajo bibliográfico' (Patricia, 96).

Discurso crítico médico psiquiátrico

Reproduce el cuestionamiento a los procedimientos, usos y lenguajes médicos tradicionales entre ellas/os, las/os profesionales psiquiatras. También problematiza a la institución médica y sus procedimientos, del mismo modo, critica el poder y estatus médico. Igualmente esta problematización reproduce la resistencia y rechazo a cualquier tipo de control externo por sobre las personas.

Esto aparece más claramente en el tema de los tratamientos y el de establecer un determinado proceso. Sin duda hay mayor receptividad si las pautas se consensúan, no obstante, hay una tendencia a que el control se vea como algo autoritario y unilateral. Esto también puede ser un aspecto imprescindible de reflexionar en relación a las prácticas médicas y sus tensiones con el modelo de desinstitucionalización. En el siguiente extracto así al menos lo declara un hombre que está explicando porqué le cuesta seguir a veces los tratamientos de salud mental:

'Sí, sí, es que ¡yo tengo conflictos con lo autoritario!... o sea, cuando veo a la gente que trata de imponer algo... eh... o agredo... o... ¡me voy!... o argumento... y... bueno, eso se relaciona con el anarquismo igual. Contra toda la autoridad en el fondo... cualquier tipo de autoridad' (Juan, 84).

El cuestionamiento también pasa por no poder expresar las resistencias y dudas que existen sobre los tratamientos aplicados a las personas con diagnóstico psiquiátrico. Así lo expresa una mujer cuando señala lo agobiante que podía llegar a ser seguir un tratamiento que incluía tantas prohibiciones en su vida (por ejemplo

comer, beber, salir, etc.) y encima que se le hiciera sentir permanentemente que estaba bajo control y vigilancia externa. Sentirse presionada/o por un/a médico significa que las indicaciones no obedecen a consenso alguno. Esto expresa el poder que ejerce la medicina a la hora de prescribir. Generalmente no se tienen en cuenta las características particulares de la persona o su momento vital. No hay una relación que suponga un trato agradable para la persona con diagnóstico psiquiátrico:

'Claro, entonces ¡yo siempre me cuestioné eso!, o sea, al final... si estoy en este período así... ya angustiada con esto y lo otro y además me prohíben todas las cosas, como que a ti te gustan' (Ana, 34).

'¡Pero si lo pilló un día le voy a decir! Sí, creo que fue en... fue, FUE MUCHO' (Ana, 44).

'No, no el médico... mmm... Y eso al final como que me hizo un poco... (5) la verdad es que me sentía demasiado presionada' (Ana, 30).

El siguiente relato revela la estrategia de una profesional de salud mental no médico, para lograr hacerse oír a sus pares de equipo de profesión médica, en este sentido para ella es fundamental primero adoptar el lenguaje de esta especialidad para recién allí introducir otros aportes de otras áreas como las sociales o psicológicas. Esto habla un poco de la rigidez de incorporar otros paradigmas distintos al médico por parte del cuerpo médico:

'Sin duda, sin duda, sin duda yo creo que eh, pienso que ellos si uno se los plantea bien o si uno se valida, HAY QUE VALIDARSE PRIMERO con, con... con este mundo médico, validarse en sus términos, para que después te puedan escuchar un poco... eso es lo que yo he visto por lo menos, lo que a mí me ha funcionado, dentro de trabajar...' (Diana, 78).

'Tienes que hablar primero con sus términos, para poder después que ellos, te puedan escuchar en otros, y así yo creo, que ha ido modificando en cierto modo, los médicos de salud mental, los psiquiatras específicamente ...' (Diana, 80).

'El modelo biomédico, y es el que todavía, incluso hoy en día se sustenta, o sea... lo que se te pide ahora o se supone que va a empezar a regularizarse más en el nivel de hospital es, es la, la medicina que todavía tiene como ese, ese... nombre, medicina basada en la evidencia, o sea tú tienes que tener, cierto, como método científico, no cierto, de diagnóstico primero, donde esté como clarito, cierto, por qué tiene ese diagnóstico y después un método de intervención, que pueda ser como aplicable o sea que venga otro psicólogo y tú le puedas decir: "ven, ése es el método", entonces, no, no existe, como un, una valorización, ni siquiera que te valoricen, eh como eres tú, como, como, como el vínculo que tú estableces con el paciente o que ¡LE DEN IMPORTANCIA A ESO SIQUIERA!' (Diana, 58).

También como revela el extracto a continuación, se dice que las/os profesionales de la psiquiatría son muy distantes con las personas, a veces con bastante falta de ética y empatía, como si viviesen en otro mundo y no tuviesen el contacto con la realidad y con el entorno donde viven las personas a las que atienden, etc. Esto no se percibe como adecuado para personas que tienen un tratamiento o que requieren ser acogidas en su comunidad, puesto que desde siempre sienten que son tratadas como un número más tal como señalan los siguientes párrafos:

'Los psiquiatras... los psiquiatras son ah... mmm... muy impersonales. El psiquiatra no se involucra para nada con un paciente... o sea son casos "contaditos con los dedos" de un psiquiatra que se involucre... derechamente con un paciente... que se preocupe y se preocupe... ¡DE CORAZÓN! dijéramos, yo creo que el psiquiatra, es... es: "que pasen, que pasen, que pasen"... es más... si tú vas... yo voy hoy día al psiquiatra y vuelvo... el... próximo mes, porque ¡te citan una vez al mes!, estamos claros, al próximo mes cuando llegas... te van a quedar mirando: "¿...y quién es usted...? o sea... tenís que estar como un año con ellos, para que te digan: "¡Hola Laura...!"... y es verdad eso... porque eres (^) ¡UNA FICHA, ERES UN NÚMERO! para todo el sistema eres un número... eh... creo que los psiquiatras son así...' (Laura, 158).

'Hay dos cosas que no les inculcan... tres para mi... ÉTICA... EMPATÍA y BUENA CALIGRAFÍA... porque... es que ¡descífrale las cuestiones a un médico!.. yo le digo: "a ver, por favor ¿me lo puede escribir en letra imprenta?"... porque... ¡no entendís nada puf!, y eso también es una falta de respeto... es una falta de respeto contra uno... de que te escriban una... ¡GARABATOS QUE NO TENÍS IDEA DE LO QUE TE ESTÁN DICIENDO!... ¡es una falta de respeto!' (Laura, 182).

'También tienes que pararle el carro a los médicos y también tienes que hacer cierta... por favor... porque también se aprovechan sí... insisto, los médicos se creen dioses, si les falta solamente, yo digo, el... vivir en las nubes... aunque muchos de ellos ¡VIVEN EN LAS NUBES! (☺ ☺)' (Laura, 204).

'Bueno, aunque me dio ataque de llanto y estaba... porque obviamente ¡no quería entrar a un hospital!... Y hay que pasar por todo esto de que tienen que chequearte, que tienes que pasar al doctor y mmm... y la doctora salió: "no, es que tienes que entrar", "es que no puedo" y... y... me puse a llorar y "no puedo"... hasta que me pescaron y mi papá (☺) ya poco menos que le pegaba a la pobre: "¡pero cómo no entiende!"... "pero es que es la burocracia... y es todo lo que hay que hacer" (Ana, 200).

El aparente desinterés que muestran en su trabajo cotidiano, en donde sólo pareciera importa anotar en la ficha clínica o en la bitácora y no en estar conectada con la persona que requiere una atención de salud mental, se expresa en los siguientes relatos:

'Pero a lo que yo voy, que era... no sé si penca o los médicos hacían lo que hacían, por bitácora nomás' (Omar, 159).

'COMO POR BITÁCORA, ¡como que daba lo mismo!' (Omar, 161).

'Pero que sea más sociable, más palpable, creíble, más creíble, más... ¡Que no te den la famosa pastillita y vuelvan a ir en un mes más!, "demos" ¡y lo mismo!, al final te desahogái... no... te desahogái por un rato... un

día, tres días, pero después... vuelve la misma mierda ¿cachái?’ (Omar, 185).

Se cuestiona que en general al cuerpo médico no le interesan los temas que inquietan a las personas que atienden, y en comparación con otras/os profesionales de salud mental lucen desinteresadas/os y frías/os tal como revelan los siguientes párrafos:

‘Eh (3)... eh... los psiquiatras... (5) los psicólogos, son mucho más acertados para mí que los psiquiatras, pues fíjate que hasta el doctor este (nombre)... que me... la última vez que lo vi fue en octubre pasado... hasta él no conocía el tema de la reencarnación, son... son de la vieja escuela... entonces de la reencarnación... este... nunca, me lo ha mencionado... entonces yo se la he mencionado pero... pero él no... no se interesó mucho en el tema... (↓), los psiquiatras... (7) como la bruja mala del oeste (☺ ☺)’ (Luis, 258).

‘Bueno, un mensaje... para los médicos es que se abran a temáticas que se dan de buena fe, en internet o en libros... no sé... porque nadie es infalible...’ (Luis, 280).

Otra crítica es la tardanza que muestran cuando atienden al público, en donde nunca se les ofrece a las usuarias/os una disculpa o explicación:

‘¿Podría ser más expedito, expedito!... eh... acá, por ejemplo una vez me citaron a las dos ¡¡y a las cuatro me estuvieron atendiendo!!’ (Omar, 173).

También existen críticas hacia cómo las/os profesionales médicos se articulan a modo de defensa corporativa frente a cualquier cuestionamiento que se les haga instalando la idea de que son intocables:

‘¡Ellos se defienden como arañas, LA INSTITUCIÓN MÉDICA ES... ES INTOCABLE!’ (Juan, 96).

Cuando se indica al poder médico como intocable, esto conlleva a suponer que efectivamente establecen relaciones asimétricas con quienes atienden.

Indicarlo como 'arañas' expresa las redes que forman en el gremio, donde los únicos interlocutores válidos son los médicos.

También se mencionan los conflictos que ocurren por el lenguaje tan tajante que utilizan las/os médicos con las personas, muchas veces con falta de tino:

‘¿No sé quien lo dijo!, un médico, que yo eh... era “como el acosador”... y me estaba lavando los dientes y el médico entra y cierra la puerta y me dice: “no quiero que entres MÁS a la pieza de las... de los... de las niñas”’ (Omar, 147).

‘Fue en esa época, estando con el doctor (nombre), que me...dijeron: “tú tienes esquizofrenia”- y me-...y mi mamá me dijo: “esta es para toda la vida”- y que- “para toda la vida vas a tomar medicamentos”-o sea- me hicieron sentir muy mal todas esas cosas’ (Juan, 222).

‘¿Te imaginas que te...que te...? o sea este...-“toda tu vida”-... ¿a quién le gusta eso?’ (Juan, 224).

Como veremos en los siguientes extractos, se observan resistencias y la aparición del estigma frente a lo que implica un diagnóstico psiquiátrico, en primer lugar el gran impacto para la propia persona que lo recibe, quien experimenta cierto rechazo a entrar en esa calificación que no le gusta, también se puede ver que importa mucho el cómo se comunica este diagnóstico y lo nefasto que puede resultar establecerlo como algo crónico porque no se acabará nunca. Esto sin duda es absolutamente contraproducente con la idea de rehabilitación e inserción que promueve la desinstitucionalización psiquiátrica. La misma opinión podemos encontrar entre el resto de las/os profesionales de salud mental no médicos:

“Huy”, dije, “si esto es ser considerado loco, no quiero... no quiero, no quiero ser loco” (3) (Luis, 186).

‘Fue en esa época, estando con el doctor (nombre), que me... dijeron: “tú tienes esquizofrenia” y me... y mi mamá me dijo: “esta es para toda la vida” y que “para toda la vida vas a tomar medicamentos” o sea me hicieron sentir muy mal todas esas cosas’ (Luis, 222).

‘¿Te imaginas que te... que te...? o sea este... “toda tu vida”... ¿a quién le gusta eso?’ (Luis, 224).

‘Hasta la palabra es medio freak ¿no?... o bueno... esquizo... de esquicio’ (Luis, 226).

‘Una es la forma en que el diagnóstico, ya te marca y te hace... ya, si alguien me dice: “Tú eres esquizofrénico y estás terminal”, no, “y estás crónico”, si alguien me dice eso... bueno... a mí no, en estos momentos no... pero a otras personas cuando necesitan ayuda, les dicen y te dicen: “no, yo soy esquizofrénico crónico” ¡lo repiten! Lo van asimilando y se van comportando de acuerdo a eso... y la autoestima de esa gente está como el piso, está horrible, eh... por eso son tan... tan, de repente eh... ¡obsesivos!... tan... tan lastimeros. ¿Por qué? ¡Porque les están reforzando que son una mierda!... Y que NO PUEDEN HACER NADA...’ (Juan, 98).

‘Sí, porque sentimos que o por lo menos, yo siento y lo hemos conversado con algunos colegas... mira pasó hartito que eh... las personas se empezaron a identificar... con estos diagnósticos, ¿ya? Los diagnósticos allí en psiquiatría, pasó que la, como que les gusta mucho, ver si le pueden achuntar al diagnóstico rápidamente ya, como si fuera...’ (Germán, 46).

‘Entonces tema diagnóstico... creo que es... como que pone los ojos en otra cosa que realmente no, NO, NO, no ayuda, no apunta y yo creo que esto tiene que ver con el modelo médico, ya... y es el modelo médico...’ (Germán, 96).

‘Yo creo que hay que entender un poco el modelo médico entero ya, no solamente la, la cosa de la formación de psiquiatras... el modelo médico, no hay omnipotencia sólo en los psiquiatras, hay omnipotencia en toda la medicina y también en algunos psicólogos, que tiene que ver con, creo yo, el hecho de tener una verdad, que el otro no accede, o no puede acceder ya. Eso lo pone a uno en una situación de poder frente al otro ya, uno se siente como más capaz, con una capacidad de poder... los que

tienen más acceso a poder, ya, respecto a la salud de otras personas, ya, realmente son los médicos' (Germán, 104).

'Habitualmente la persona que va a ese lugar, ya tiene que ser cierto tipo de persona ¿no? O de identificarse con una enfermedad grave...para poder sentirse parte de eso, o si no, no va y para ir tiene que sentir que "oh, llegué al psiquiátrico" ¿entiendes? Tiene que ya por lo menos, asombrarse de que tiene algo grave...entonces ya tú sabes el lenguaje crea realidades y va creando una realidad interna...y externa ¿ya? y como es grave, el psiquiatra después ve como grave...¿cuántas veces hemos escuchado esas investigaciones de alguien que se hace pasar por enfermo mental me entiendes? y, está hospitalizado y después dice "ya no estoy hospitalizado" y dicen, "ah, tiene hipernormalidad y no se va porque en la normalidad llora", "bueno tiene depresión" después se enoja, "tiene inestabilidad"...y la persona realmente no tenía absolutamente nada... ya, entonces como el esquema no ve, eh, no ve normalidad (Germán, 126).

'Pero el problema es que no es solo eso... o sea el diagnóstico psiquiátrico, no sólo eso, un consenso del lenguaje, de significados, sino que termina siendo un, un rótulo que atrás lleva una identidad y una serie de juicios y prejuicios acordes a él... eso, y... y que eso despersonaliza a la persona que está sin... es como, es como la forma que se ocupó cuando empezaron la salud mental para despersonalizar para que, para...para segmentar al que tengo al frente, no sé, las patologías médicas en general, los médicos no hablan de la señora tanto, sino que hablan del HNP, de la TBC, del riñón no sé cuánto... todo... NO HABLAN DE LA PERSONA... y acá claro, y acá en salud mental como que ocuparon ese mismo formato parece porque terminan hablando de, de, ahora es menos que antes igual si... si tampoco es...' (Ivanna, 50).

'Opinión general yo creo que hay que darle mayor vuelta a los diagnósticos psiquiátricos. Creo que no se pueden manejar tan así no...No quiero prejuiciarme, pero los diagnósticos que se dicen en el COSAM son como, como consensuados con el equipo' (Patricia, 72).

'No, no solamente una persona, y hemos tenido, hemos tenido unos, en algunos en algunos casos por ejemplo, el tema de que se diagnosticó de esquizofrenia a un paciente y resulta que después de cinco años, "ya no tiene esquizofrenia" sino que otra cosa...Entonces se... lo que pasa es eso, nosotros vemos que, acá por lo menos...puede ser digamos que es porque trabajamos en equipo, entonces el diagnóstico...ya vienen diagnosticados, pero muchas veces se... Confirma el diagnóstico o eh, aquí los compañeros, digamos los colegas, el psicólogo, las trabajadoras sociales., también tienen que aportar... de... es cierto digamos que algunos vienen con AÑOS de un diagnóstico que, que...lo tenemos en revisión porque en realidad, no...No sabemos si por ejemplo en el caso de los adictos, si realmente tiene una esquizofrenia o es producto de... la adicción el daño orgánico que tiene, o son las dos cosas...y ya nos ha pasado ya...' (Patricia, 74).

Una crítica que se hace a la medicina psiquiátrica es el uso de los fármacos en las personas, en el siguiente relato se aprecia cómo esto puede verse como algo negativo y que a la larga genera mucha dependencia y escasa autodeterminación. La crítica también apunta a resolver si el uso de los fármacos resulta ser tan efectivo como se supone que debieran ser y en general se aprecia más como tratamientos basados en decisiones unilaterales sin considerar la opinión de quien los va a ingerir:

'Eh... mmm, bueno yo creo que hay una dependencia muy grande de los medicamentos empezando... eh, hay eh, se toman medicamentos como primera opción siempre, o sea, con las personas que he conversado, no tan solo con diagnóstico de esquizofrenia sino con diagnósticos de depresión, de lo que sea hay... mmm, hay como la primera etapa que es el medicamento' (Cristian, 64).

'Sí, aunque no es la panacea, sí... porque yo... o sea... yo no puedo estar estudiando hasta la una y media de la mañana, porque empiezo a... a peligrar... O sea empiezo... se me empiezan a... a gatillar cosas' (Juan, 72).

'Pero.... ¿sabís qué? Al tercer día o cuarto día, la pastilla ya era puro dormir, puro dormir ya... puro dormir y yo le dije a la... a la paramédico... un tipo de enfermera, le dije: "¡puta, ya me van a dar esta güeá, me están matando en vida!" -le dije yo-... ¡y me quedé dormido!' (Omar, 163).

'No me hicieron mal... imagino que si me los daban era porque me hacían bien... sentí una mejoría, no mucho aporte, pero sí... este... algo... hasta ahora... la Clozapina' (Luis, 234).

'Supuestamente es lo que me hace sentir bien... si lo dejara, no sé si me sentiré mal...' (Luis, 238).

'Hay cosas que no me acuerdo... debido a las pastillas, por el Ravotril específicamente... mi memoria se redujo bastante' (Juan, 2).

También se cuestiona la experiencia de la hospitalización, que en general, se relata como algo desagradable, porque probablemente conserva mucho del carácter asilar de los antiguos manicomios, incluye encierro, prohibiciones, trato frío y distante, etc.:

'Por ejemplo, estaba conversando con una chica delante, me decía que ella estuvo ¡hospitalizada! en el psiquiátrico (↓) y yo le decía: pero qué prefieres, esto o (↓) el estar hospitalizada- "¡no! -me dijo- "estar acá, porque tu mente está... en el psiquiátrico te tienen todo el día durmiendo" (Ana, 196).

Discurso crítico profesionales de salud mental no médicos

Reproduce el cuestionamiento a las actitudes de las/os profesionales no médicos ligadas/os a la salud mental, porque generalmente no demuestran vocación por lo público ni por lo comunitario.

En el siguiente párrafo, el relato señala falta de respeto por parte de quienes trabajan en salud mental con las personas que tienen diagnóstico psiquiátrico, el desinterés, llegando incluso al maltrato, sugiere que en ocasiones podrían abusar

de los estados más tensos de las personas, especialmente cuando se encuentran hospitalizadas, sedadas/os o yendo a buscar sus medicamentos a la farmacia del mismo hospital o centro ambulatorio.

'Ahí fue, cómo se llama, me metieron, me pusieron..... ¿Sonda?... para desintoxicarme, esa onda... ¡la atención como las pelotas... te tratan así, pero te tratan así como...' (Omar, 143).

'Que le pongan MÁS ÉNFASIS... porque así como soy yo... hay gente que también se quiere superar caleta... CALETA, que está dando manotazos de ahogado ¡y no sabe cómo!..' (Omar, 183).

'Es una cuestión social... (¡) yo creo que mucho que ver eso... y la gente, eh... eh... los profesionales de... de... la salud se aprovechan... se aprovechan de la historia... tú lo ves a todo nivel la ¡LA FALTA DE RESPETO!... es una cosa que yo encuentro impresionante...' (Laura, 168).

'Por ejemplo en... el... la etapa previa al doctor que ya... eh... pedir la hora, ir a buscar las pastillas a la farmacia, ESO SÍ QUE ES UNA MIERDA, ¡es súper violento!... había... ¡hay dos güeones de mierda que trabajan allá en el SOME... que... ¡se burlan de ti! Se burlan de los... de los pacientes... los tratan mal, ¡los humillan!... Los guardias... tienen un... un respeto absoluto por lo que dice el médico, sin cuestionarlo, la persona puede estar mal y si el médico dijo que "no lo atiende", el guardia lo saca... ¿entonces, eh?, ¡pienso que es muy violenta la cosa!' (Juan, 94).

Se percibe la desigualdad de poder entre quienes entregan la atención y quienes la reciben, incluso puede ser violento para quien soporta humillaciones, burlas. ¿Realmente ha cambiado el trato del sistema asilo-manicomial?

Otra crítica es la pasividad y a veces la desidia de quienes trabajan en salud mental de no tener interés en comprender en qué contexto entra a trabajar, cuál es el valor de lo público, el valor de la población a la que atienden, etc. Y esto es una falencia importante a la hora de querer instalar un modelo como de la desinstitucionalización psiquiátrica:

'Yo creo que es como compartido eso, como que uno entra a trabajar no más, no sé si uno sabe mucho, en el contexto en el que está inmerso ¿no?'
(Germán, 22).

La misma pasividad de las/os profesionales de salud mental, provoca también que como gremio no tengan ningún peso, ni sean contraparte con la autoridad sanitaria, ya sea para exigir mejoras en derechos laborales o mejores condiciones para quienes atienden:

'Pero por otra parte, nosotros los profesionales de salud mental, somos incapaces de generar una instancia digamos QUE EFECTIVAMENTE INCIDA EN QUE LA POLÍTICA SE INCREMENTE CON MÁS VELOCIDAD, PROFUNDIDAD, CON MÁS CONSISTENCIA y eso sigue estando pendiente' (Samuel, 32).

El siguiente párrafo da cuenta de cómo se aprecia aún a quienes trabajan en psicología, como más parte del mundo intelectual que del social, como si todavía fuera exclusivamente de la élites tal como ocurría en los tiempos del psicoanálisis. Esto hace que se vea al psicólogo/a como un extraño en el terreno social. De este modo, se requiere también considerar eso en la formación del pregrado, especialmente para quienes se quieran decantar por el área social y/o comunitaria:

'Entonces, que el psicólogo... no creo que haga eso... como que falta ese, ese... terreno, más terreno... terreno más palpable, no tanto libro, sino como más palpable, estando ahí...' (Omar, 183).

Discurso crítico sistema político

Discurso que aparece para criticar las políticas públicas y su burocracia, en donde especialmente problemático resultan los cambios de gobierno y de coalición política en la continuación de los programas de salud pública.

Los siguientes relatos hablan de cómo el sistema político influye para que las políticas públicas se gestionen lentamente y no favorece la resolución de problemas, como en el caso del terremoto del año 2010 que paralizó nuevamente planes y programas con la excusa que había que priorizar gastos. Cada gobierno

instala su modelo, su ideario y actualmente en Chile predominan las visiones neoliberales y economicistas basadas en el lucro privado y muchas ansias de reducir el gasto en lo público:

'Ahora todos los que sabemos el abecedario completo, digamos, no cierto, o sea, no quiero decir, hay que ser muy ducho para darse cuenta que también más allá del terremoto y no terremoto, digamos, también allí hay una misión ideológica, de que el sector salud, no cierto, es un sector el cual es... no... el sector salud, puede ser un motor del desarrollo económico del modelo capitalista, porque hay ahí grandes inversiones de infraestructura, grandes inversiones en tecnologías cierto, y por lo tanto digamos, son reduccionistas, economicistas, efectivamente, entonces porque no darle, porque no dar espacio al desarrollo de la iniciativa privada acá y, con la mirada subsidiaria, dedicar los fondos públicos a otros temas, digamos, pero a la vez con el logro fundamental no sólo de localizar fondos que son imprescindibles, sino también de darle fuerza al, al desarrollo del capital, o sea un hospital, es una inversión millonaria, tanto como una carretera, digamos, o sea esto cruza por cierto, cuando lo que hace el gobierno actual, es profundizar un desarrollo que ya traía desde los gobiernos de la Concertación, porque estaba el tema ahí. Entonces esos son los grandes temas, el tema de la salud mental, no es tema hoy día' (Samuel, 64).

'Lo que pasa es que Chile ha sufrido transformaciones sustantivas, entre ellas digamos una privatización tremenda que la empresa, por ejemplo, en salud el gasto, el gasto del Estado en salud en Chile es muy bajo, es muy bajo porque, si bien el gasto en general en salud no es tan bajo, el gasto se hace a expensas, digamos, de las personas' (Samuel, 18).

'O sea, no sé en qué estamos, no sé... si tú me preguntas en qué estamos, en qué estamos hoy día, con el gobierno no cierto de la alianza, el gobierno de Piñera, a los seis meses de gobierno, después del terremoto etcétera, no sé en qué estamos, porque mira, a ver, te cuento algunos detalles, por el terremoto no es cierto... significó todo el impacto, que tú sabes, básicamente en las regiones séptima y octava, algún impacto en la sexta, algún impacto en la región metropolitana, pero en la región

(nombre) el impacto se centró en camas, y en camas psiquiátricas' (Samuel, 46).

'Hay un tremendo aporte de las personas en este impuesto que significa el 7% que es un impuesto... es un impuesto de atención privada más encima, porque lo administran los seguros privados, para un porcentaje importante de la población o lo administra el seguro público, pero es un impuesto, la gente tiene que pagar su 7% ahora, hay un tema que es la salud ES CARA, la salud es un tema digamos que consume un importante planteo de recursos de las personas y la educación es muy cara y educar a tus hijos significa un gasto muy importante y eso hace que digamos que las remuneraciones que se obtienen en el sistema público no sean suficientes' (Samuel, 20).

'No hay acceso pero... pero, tú te das cuenta que en la opinión pública se ha generado esta cuestión contraria... y ¡ahora se acentuó total!, unas ganas, unas cosas de privatizar, liberalizar, privatizar, ¿me entiendes? y tú sabes que eso va a ser, pero, la gente... yo, yo siento que igual... o sea que, sí, sí, si somos un país tan desigual, TAN HORROROSAMENTE DESIGUAL, cuando ellos decían "restricción presupuestaria", yo les decía "¡pero de qué me están hablando, si aquí ya no es un país pobre, o sea ustedes por qué le juegan el juego... NO ES ASÍ, hay recursos, la salud debería..." tenemos, bueno, niveles con pocos recursos, deberíamos... yo estoy de acuerdo, debe haber algo, más gestión, más control, yo creo que sí, que sí, pero no es por la gente, es por, o sea, ¡mira tú, con los recursos que hay, lo que se hace!, así que yo creo QUE HAY... hay muchas cuestiones que se pueden mejorar...' (Sonia, 86).

'O sea, a mí me... yo... me tocó justo cuando... esa vez fue la protesta... ¡escuchar al jefe de Fonasa Nacional! O sea... la idea mía es que (¡) claro, quieren privatizar... ellos quieren privatizar y qué... y sin nosotros, bueno, se han creado centros, y si nosotros no alzamos la voz... VAN A HACERLO... y... uno lo que ha aprendido en todos estos años, como una ya es vieja, ES QUE TODO LO QUE SE PRIVATIZÓ EN DICTADURA NUNCA VOLVIÓ ATRÁS... nunca volvió atrás ¿me entiendes? Entonces, o sea, las Isapres... NUNCA VOLVIÓ ATRÁS... entonces todo lo que se haga ahora,

nunca volverá atrás, ¿me entiendes?, si se empiezan a privatizar hospitales... (Sonia, 94).

Discurso crítico sociedad

Reproduce el cuestionamiento a una sociedad que inhibe a las personas llevándolas a situaciones de exclusión, reproduciendo formas de actuación o prácticas sociales que mantienen desigualdades e imposiciones que se desprenden de un sistema que establece los parámetros de normalidad, salud, enfermedad, etc. Se problematiza esta cuestión principalmente porque interfiere en la convivencia social de personas que no cumplen con estos cánones, quienes se ven constantemente forzados a trabajar con los prejuicios y estigmas que les asignan las demás personas. La problematización también da cuenta de una de las principales dificultades con las que tropieza el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, puesto que esta constatación del comportamiento social prejuicioso, muestra las características de nuestra sociedad en donde se pretende implementar una reforma de atención y que supuestamente cuenta con la aprobación y el apoyo de los vecindarios u otras organizaciones sociales.

Este discurso también da cuenta de las exigencias, demandas y expectativas a las que se enfrentan las personas con diagnóstico psiquiátrico, las cuales, no necesariamente están dispuestas a asumirlas. En este sentido, se reconoce un modelo específico que no siempre tiene relación con lo que una persona quiere hacer. Reproduce el cuestionamiento a las obligaciones que impone el sistema para sobrevivir, en donde se reconocen limitaciones para integrar y considerar a las personas con diagnóstico psiquiátrico. Reproduce aspectos problemáticos de la sociedad, como por ejemplo el clasismo, la pasividad, el doble estándar, la valoración diferente de los profesionales de salud, el modelo neoliberal establecido, etc., es decir, todo lo que tensiona gestionar mejor la integración de las personas con diagnóstico psiquiátrico, así como la desinstitucionalización como forma de trabajo.

El siguiente extracto muestra cómo en una situación de emergencia, las/os profesionales válidos ante la sociedad para hablar por ejemplo del estrés postraumático del terremoto son las/os psiquiatras:

'Si es simple así la verdad yo me lo he puesto a pensar! y estos tipos que son psiquiatras, que realmente son los que están como validados, como en los diarios por la cosa del terremoto, hablaron dos psicólogos y quizás quinientos psiquiatras ¿ya?, realmente como país no estamos validando un enfoque psicológico, estamos validando un enfoque psiquiátrico' (Germán, 96).

La sociedad tiende a quererlo todo muy rápido, en una especie de espiral de consumo que se instala desde el modelo de mercado neoliberal:

'Yo creo que es bien distinto, no se quiere perder tiempo en cosas, así no se quiere perder tiempo, ni plata... tengo la sensación de que este es un país inediatista, yo tengo la sensación, de que se quieren las cosas rápido, eh, no se dan, los tiempos necesarios, pareciera que no se quiere perder el tiempo, ellos mismos me imagino, que hay una sensación como que se está perdiendo el tiempo en implementar algo o...' (Diana, 140).

La comunidad aún asocia salud mental exclusivamente con temas médicos señala la profesional en este extracto:

'No...claro, entonces es, oh, y ahí igual como que eh, también hay un tema ahí, a nivel de la comunidad con respecto a lo que es salud mental, o sea, la comunidad puede verbalizar que necesitan acciones de salud mental, para qué, pero siempre le va a importar mucho más la atención, y en salud mental, para no sé, para desarrollarse como persona y su calidad de vida, le van a poner por sobre todas las cosas, LA EVALUACIÓN DEL MÉDICO, como lo primero, u otras patologías de salud por sobre la salud mental...' (Ivanna, 38).

La idea de persona sana que existe en la población o en la sociedad es un tópico irreal que no existe, pero que ha sido diseñada desde el marco de productividad y éxito que exige el modelo neoliberal:

'Hay otra cosa, que me quiero salir un poco del guión... que tiene mucha importancia en lo que estamos conversando, que yo creo que tiene que ver con la imagen de hombre sano que tenemos en Chile, ya,

mentalmente creo que la imagen de hombre sano que tenemos, ES ABSOLUTAMENTE IRREAL, ya, porque tiene que ver con alguien de que no sufre nunca ¿ya? alguien como que piensa siempre positivo, que no sufre nunca, que nunca ha tenido bajones, que no se equivoca, ya que sabe elegir, que es inteligente... acá se pone como diagnóstico, el retardo mental, ya, cuando es más realmente una característica, que un diagnóstico, ya, entonces yo creo que todo eso, genera que...' (Germán, 126).

Se hace difícil el cambio de paradigma para la población, comprender que ya no debe recibir atención aislada, sino que las redes sociales y comunitarias son parte de su vida y rehabilitación. Cuesta porque implica que las personas asuman el control de sus vidas y no delegarlo en un médico como ocurre con el modelo asilar:

'Cuesta sacarlo de la población y cuesta sacarlo del, del recurso humano, o sea en general... es mucho más fácil sentarse en el box y esperar al paciente, que hacer un "cambio" pero en términos de la visión, de la salud, de lo que implica ir hacia afuera, lo que implica ir a trabajar con las organizaciones comunitarias, lo que implica darle a la gente por ejemplo, educación y responsabilidad respecto a eso. O sea, a lo mejor estoy hablando así como de muchas cosas, pero eso es lo que yo veo, cuando uno trabaja afuera se hace más responsable y además provoca la responsabilidad en el otro, si tu trabajas acá, tu lo controlas todo acá... un poco como los, como los laboratorios. La gente viene, la gente se comporta diferente acá que en su medio' (Patricia, 6).

'Pero si a ellos tú les decís: "oye, mañana hay que tener globos", pucha, empiezan: "¿a quién le podremos pedir los globos? ¿Quién los podrá inflar? ¿Alguien podrá venir a amarrarlos?"... ¡NO HACEN LAS COSAS! esperan que el resto las haga.... entonces, yo creo que ahí está el grave problema de ¡todos los chilenos!, ¡lo voy a decir!, no solamente eso...' (Laura, 48).

'Yo creo que es algo mucho más profundo de la, de... de... sólo de la enfermedad yo creo que hay un... un sistema, una cultura, que... va en la

especialización, o sea, si yo necesito algo, llamo al especialista. Si yo estoy enfermo le delego mi enfermedad al doctor... y... entonces, el doctor tiene que saber lo que tiene que hacer, (↑) ¡no yo! O sea, hay como una, esa cosa, o sea yo, yo soy el enfermo, pero yo soy, yo no soy quien tiene que decidir mi enfermedad, lo tiene que decidir el doctor y... yo no creo que tenga que ser así... yo soy el enfermo, claro, el doctor sabrá más, me podrá guiar, pero el diagnóstico de una u otra manera no era, tendré que darlo yo, o sea, el doctor me tiene que decir "mira, esto te está pasando" pero yo soy el que está, el que tiene que decir, que decidir cómo...' (Cristian, 76).

El modelo de sociedad actual neoliberal fuerza una forma de ser y estilo de vida que con facilidad puede conducirnos a tener problemas de salud mental porque es un paradigma muy exigente e irreal de cumplir:

'Y que tiene que ver con lo que, que, nuestra salud puede estar en riesgo por los factores de macrosistema incluso, el tema económico, el mercado, y el neoliberalismo que nos, que nos hace ser competitivos, más individualistas, y que esos factores de riesgo es la salud mental de una persona' (Patricia, 106).

La sociedad en general no está preparada para participar, para ser activa y propositiva, le cuesta mucho porque significa esforzarse, involucrarse, salirse del marco del individualismo que está tan arraigado en sociedades neoliberales:

'Lo primero que te digo en la primera pregunta sigue siendo vigente, o sea, una de las, yo creo, debilidades muy importantes en Chile, pero que se expresan en el terreno de la salud mental es la escasa participación en cuanto a actor social y político digamos de los interesados, si bien, de forma, el Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría, en forma deliberada y antes que eso, el plan ya estaba instalado desde el principio, desde el principio de la gestión, desde el 90... la idea de desarrollar instancias digamos, organizaciones, organizaciones de apoyo mutuo pero con, con un rol sociopolítico, con un rol que es de abogacía digamos, desarrollar un trabajo de psiquiatría y salud mental comunitario, tanto para los usuarios como para los familiares y eso ha

ocurrido en parte y eso no ha pasado de ser algo más popular digamos y no ha logrado un protagonismo relevante y no tiene tampoco, una expresión más territorial eh, y eso sigue penando por una parte en lo que se respecta a usuarios y familiares' (Samuel, 32).

En general si bien hay fuerzas que tratan de romper con esta inercia de la sociedad, en Chile cuesta ver la organización social autónoma, autodeterminada como algo bueno, en general está muy estigmatizado y esto habla del escaso interés o creencia que existe en las redes sociales y horizontales:

'Ahora sí, yo creo que eso también es como una forma con el pregrado, como hacer, en docencia, ahora nosotros creamos un movimiento, digamos, un movimiento de ciudadanos y ciudadanas para la defensa de la salud pública ¿Y qué valor le veo yo a eso? Es que en este movimiento hay profesionales y usuarios, y yo pienso que por ahí puede andar también la cosa, ¿entiendes?, porque también la cosa gremial en un momento es súper mal vista por la población... ¿me entiendes? o sea... yo creo QUE POR AHÍ PUEDE ANDAR, POR AHÍ YO CREO QUE HAY QUE TRATAR' (Sonia, 110).

Otra descripción se nos ofrece en este extracto sobre cómo es la sociedad especialmente en la imposición del modelo productivo y lo sancionador que puede resultar para quienes no se adscriben a esta forma de vida. No hay comprensión, ni aceptación sobre estos hechos, sino que se aprecia como fracaso cuando alguien no logra ser productivo:

'Son las que en un aspecto concreto te permiten, pero eso yo te lo digo ahora, después de años de haber convivido con la enfermedad, porque a uno le da incertidumbre, desesperación, porque tú no sabes que hacer frente a una cosa así y tampoco tienes más herramientas, herramientas de poder enfrentarlo de otra manera... o sea, dime (↑) qué haces tú, tendríamos que habernos ido a vivir al campo y que todos estos parámetros sociales no fueran vigentes y no importara que no estudiara y que no importara que alguien no pudiera trabajar y que eso no fuera un motivo de sanción... social y aunque él estuviera en otra esfera de la vida, que no fueran comunes y corrientes para nosotros, eso no fuera motivo de

temor, ni de distancia, ni de discriminación, ni de nada, también habría significado aislarse, no sé...' (Romina, 18).

'Yo creo que es una sociedad normada, a vivir un tiempo y un espacio único...y que no acepta otras formas y yo creo que tiene que ver con una noción del tiempo y del espacio y tiene que ver todavía más radicalizado con el capitalismo. El capitalismo aún más, si tú no produces, si no estás conectado, o sea, si para producir en este tiempo y en este espacio, tienes que levantarte a las siete de la mañana, tienes que trabajar a las ocho de la mañana, comer a las catorce volver a las tres, tienes que estar con ese tiempo, en ese espacio, por eso, si tú no estás conectado allí, no sirves, no sirves nomás... entonces yo creo que como que socialmente esto está imposibilitado de aprender, otras formas de llevar la vida, y el capitalismo lo radicaliza mucho más, porque es la productividad, la vida del trabajo, la vida del consumo, o sea si mi hermano no estaba apto, ni para trabajar, ni para consumir, es un ser inservible no más... si no trabaja, ¿a quién le sirve?, eso. Pero de que efectivamente, eso es lo que yo pienso que mi hermano vivía en otra dimensión, sí que vivía' (Romina, 94).

'No... eh... (↓) o sea, es claro... como que siempre, no sé... si la sociedad o el sistema... (↑) terminar el cuarto medio, después dar la prueba de aptitud académica, estudiar alguna carrera universitaria y como seguir el mismo patrón que todos los mortales...' (Omar, 97).

'Lo que me marcó fue que... un día cuando estaba estudiando me... fui... una semana de vacaciones donde unos amigos que estaban trabajando y que eran ingenieros, uno se iba a las cinco de la mañana y el otro... se iba a las seis... todo el día en un departamento de allá de (ciudad) ¡uno se iba a las cinco de la mañana y el otro a las seis! Uno llegaba a las nueve y el otro a las diez de la noche de lunes a sábado... y el domingo iban a comprar cosas... y yo dije: "no, esta cosa no es pa' mí", claro... "ya", dije, "¡no... qué horrendo!"' (Juan, 30).

La contradicción básica de cómo es la sociedad y muchas veces el choque que tiene con el enfoque de los programas que se quieren implementar queda demostrada en esta cita y reflexión:

'No puede haber sistema de salud comunitario, colectivo, cuando la sociedad misma no es comunitaria, ni colectiva, ni nada, entonces yo creo que en la medida en que todos esos cambios, o sea que necesariamente todo esos cambios, o sea en la medida en que se vaya produciendo 'un cambio de sociedad' (Romina, 148).

'De hecho las cosas, dentro de este tema para que cambien tienen que estar ligadas al capitalismo; si no, están negadas, si no, son un problema para el capitalismo' (Cristian, 192).

La sociedad no comprende que es la salud mental y generalmente la asocia con prejuicios muy negativos:

'¡NO!... la gente no entiende, yo te diría que un 90% de la... de la sociedad chilena no entiende la salud mental... o sea para ellos salud mental, enfermedad mental es... a ver cómo te explico... es... ¡depresión es enfermedad mental!, pero esquizofrenia es sinónimo de asesino... para ellos ¡eso no es salud mental!, ¡es un pato malo! como quien dice, un delincuente... ellos no... Yo creo que la gente no entiende que hay, que los esquizofrénicos, no necesariamente son malos... porque... si tú le dices a una persona: "ella es esquizofrénica" "¡ay!", se queda, "¡¿y no te da miedo?!"... es la primera reacción.... "¿no te da miedo?"... "¿pero por qué te va a dar miedo?", le digo yo, "es diferente a ti", "¡pero es que los esquizofrénicos son todos como raros... como malos!"... y es verdad...' (Laura, 148).

Otras expresiones se relacionan con la forma en que la sociedad valora a las/os médicos, algo que suele endiosarles y que finalmente tampoco ayuda a que las personas y demás profesionales sean vistos en igualdad de condiciones por la comunidad:

'... ¡la adoración absoluta que tienen hacia los médicos, el respeto absoluto... sin cuestionarlo!' (Juan, 96).

La siguiente expresión es una calificación de cómo se ve a la sociedad cuando se enfrenta a alguien que no encaja en lo común y corriente. Este discurso tiene directa relación con la discriminación:

'Intolerancia... la... que... te tachan al tiro de raro... de loco... de... cuático (Omar, 49).

La discriminación por parte de la sociedad reproduce las acciones de intolerancia e incompreensión con las personas con diagnóstico psiquiátrico, en donde en ocasiones éstas quedan aisladas, abandonadas, inclusive por la propia familia, practicando una suerte de indiferencia cuando una persona trata de establecerse en las redes y hacer su vida como muestran los extractos a continuación:

'Yo estaba viviendo en pensiones donde a veces no tenía ni pa' comer, ni pa' almorzar nada, o sea, si a veces mi... mi... comida diaria era harina tostada con leche... Una cosa y nada más... Ahí me desnutrí, mentalmente y físicamente...' (Juan, 56).

'No... no me acercaba, estaba fijo ahí en mi pupitre tratando de entender las clases, para sacar buenas notas y ejercerme... pero... no. No llegué a los seis meses. Al año siguiente 2003 otra vez estuve en el (Instituto) con administración de empresas... pero ahí duré mucho menos que en gastronomía... de tres intentos ¿eh?... eh... tres intentos...' (Luis, 152).

'¡SÍ!... era garabatero... me mandaron... a la orientadora... claro... pero la orientadora fue como el destape.... dijo como: "algo le está pasando a este niño... PORQUE ESTE NIÑO NO ES NORMAL"... o sea...' (Omar, 63).

'Resulta.... resulta, que mi papá tiene algo de homófobo... ninguno... no me aceptan por entero. No me aceptan por entero.... aunque lo saben desde el año 92... estuve ingresado un mes en el psiquiátrico' (Luis, 184).

Discurso familia

Como problematización, este discurso reproduce los usos y lenguajes familiares en la vida de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Cómo lo sustenta y desarrolla en su versión más tradicional. De este modo, puede aparecer señalado como elemento gatillante, supresor y/o contenedor de síntomas psiquiátricos, en ocasiones como una relación ambivalente, así como parte de los relatos de la vida cotidiana.

La familia muchas veces no es el espacio más armónico para una persona con diagnóstico psiquiátrico, más bien, pareciera ser que estos entornos afectivos conflictivos son los que mantienen y producen muchas veces estos problemas como señala el siguiente relato:

‘Tengo HARTA fe, porque he logrado hartas cosas, he logrado hartas cosas y he cambiado harto... sí... yo... yo... soy como un sacapica a mi familia, sacapica a mi familia porque les digo: “ustedes no han querido cambiar ni un ápice”... gueás así. Pero, ¡puta que yo he cambiado! y me siento contento. Pa’ haber sufrido violencia intrafamiliar, pa’ no haber tenido papá, pa’ que mi abuelo hubiese sido un borracho y muerto por cáncer a no sé qué cresta, te digo, puta pa’ ser pobre, pa’ todo esto, ¿cachái? Pa’ tener los amigos que tuve, TODO, era pa’ haber estado yo en la cárcel, literalmente lo digo. Pero aquí estoy... me quedan cosas, pero... (Omar, 201).

La familia como fuente de afecto muchas veces también es ambivalente y establece relaciones en donde las personas no se perciben aceptadas, ni acogidas como indica el siguiente relato. Sin duda estos son aspectos a reforzar en los programas de desinstitucionalización psiquiátrica:

‘Y que NO PUEDEN HACER NADA... y que lo único que pueden hacer... ¡mira en las familias ahí! ¿cachái? Llegan a la casa y los tratan como una mierda ¿POR QUÉ? Porque es un loco que ¡no!... no son funcionales, porque no producen plata... ¡Entonces lo tratan mal!’ (Juan, 98).

'... Ya mi mamá me había llevado a internar al... al psiquiátrico... yo me acuerdo, me... la acompañé al centro y ella se quiso tomar un taxi y yo dije... ¡bueno yo ni siquiera le pregunté "a dónde vamos"!... entonces no me dijo... así que nos fuimos en el taxi... llegamos al psiquiátrico y ahí dije... "ah, ¿éste es el psiquiatra?" ahí yo aún no daba... aún no daba este... no me percataba... de que había llegado a un... a un psiquiátrico... no lo conocía... así que mucho misterio... y yo tenso... tenso con la reencarnación... este... del Manuel... entonces ahí... ahí ubicamos a este doctor y algo que dijo mi mamá, el decidió internarme ese día... ¡y estuve un mes!... pero resentido con este doctor (Luis, 210).

'Resulta... resulta, que mi papá tiene algo de homófobo... ninguno... no me aceptan por entero. No me aceptan por entero... aunque lo saben desde el año 92... estuve ingresado un mes en el psiquiátrico' (Luis, 184).

La propia familia es muchas veces la primera que genera prejuicios en torno a la salud mental como se expresa en el siguiente relato:

'O sea, igual me molestaba, por ejemplo el lavarse las manos tantas veces y esas cosas como que... mis papás... ¡no!... Lo entendían como que a lo mejor eran períodos... eh... aparte que la familia siempre es como un poco reacia con esas... cosas... a decir: "vamos a llevarte al psiquiatra", cuando eres muy niña... los... los asusta un poco' (Ana, 20).

El discurso familiar también es fuente de tensión, culpa y esto es vivido como problema para las personas con diagnóstico psiquiátrico como señalan los dos siguientes párrafos:

'...Casi sola, mis papás... nunca estaban en la casa, cuando habían problemas, ¡que sé yo!, tenía que estar en (ciudad), cuidando a mi abuelita que estaba enferma' (Ana, 46).

'A la hipocresía, bueno es que igual mi... mi familia, eh... es como un poco burguesa... mi hermana y mi... entonces como que los temas no se discuten, se callan' (Juan, 24).

Discurso prejuicios

Reproduce los rechazos que expresan las personas, comunidades o sociedades a ciertas situaciones que les parecen inadecuadas, como por ejemplo, todo lo relacionado con lo psiquiátrico, la internación psiquiátrica y sus procedimientos, los prejuicios van constituyendo así el estigma y la exclusión social.

En el siguiente relato, se aprecia el nerviosismo que existe en torno a que la hija asista a algo que parece ser psiquiátrico:

'Me atendió una... psiquiatra y ya me... nombró acá lo del hospital y... y la verdad es que me dijo que... podría ser bueno que viniera... y... como entré con mis papás... eh... y ella habló de un hospital de día, que es ambulatorio, que sé yo, y yo creo que ellos sintieron un poco la tensión, esa de que... ¡una clínica psiquiátrica! (Ana, 4).

El siguiente extracto muestra las dificultades con el entorno lo que facilita posteriormente el aislamiento social de las personas con diagnóstico psiquiátrico:

'En desprecio... en cuando... estamos entre... entre clases y... y... hacía... y no conversaba con nadie... nadie se me acercaba...' (Luis, 150).

Tecnologías del yo (self)

- Discurso orientado al logro
- Discurso filosófico

Discurso orientado al logro

Como tecnología del yo, se relaciona con el deber ser, con cómo las personas se auto-forman (Rose, 1989). Reproduce la importancia de ser funcional al sistema y ser competente. Se construye en relación a lo que hay que cumplir, a lo que se demanda, a lo que explicita e implícitamente pide la estructura social, asumiendo ciertos estándares establecidos. Reproduce la competitividad entre las personas y está relacionada con el rendimiento. También estaría vinculado al discurso del

emprendimiento individual productivo, como por ejemplo, aprender un oficio y contar con ciertas herramientas.

En el siguiente extracto se puede apreciar como la persona describe su orientación a metas, al ir estableciendo paso a paso sus objetivos planteados, de alguna manera hay un entrenamiento a pensar la vida en base a objetivos, esto es bastante propio del discurso más tradicional de la sociedad, del modelo neoliberal, del institucional e incluso de los objetivos terapéuticos que puede establecer un programa de rehabilitación:

‘Mi máquina soldadora que me costó 78 lucas... ahora quiero comprarme una máquina más completa en ese aspecto... y para seguir aspirando... y después comprarme un torno para hacer muebles... ir surgiendo...’ (Omar, 111).

En los dos siguientes extractos se describe cómo se valora altamente tener mucho trabajo y gozar de cierta independencia para autogenerar recursos:

‘Tenía... gracias a Dios tenía mucha pega... A ver yo hacía mis masajes... reductivos, relajación en una peluquería... (3) además de la nada salió que era peluquera... (☺ ☺) aprendí mirando y al final ¡empecé a trabajar!’ (Ana, 174).

‘Fue ¡harto! trabajo. HARTO, harto, harto...no almorzaba, salía temprano, llegaba a las ocho, salía a las nueve, a veces... yo creo que también fue con eso... sí... parece que... que... que fue mucho’ (Ana, 178).

El deber ser también aparece en esta tecnología del yo, cuando se describe el cómo debiera ser alguien que tiene cierta edad cronológica:

‘Claro, menos mal, claro igual es mi mamá, pero claro uno tiene 27 años, debiera ser autosuficiente en todo... o en la medida, no sé...’ (Ana, 186).

Dentro de lo que una persona se auto-exige aparece el discurso más normativo que indica que es mejor ser pragmático para planificar la vida, especialmente para sobrevivir. El siguiente extracto es de una persona con

diagnóstico psiquiátrico que le gusta hacer muchas cosas, pero sabe que debe combinarlas con algo productivo para que sea sustentable para su supervivencia:

'Sí, a cuestionarme y también a reforzar mi... mis... (3) Mi forma de ver las cosas, ahora si nos vamos a lo pragmático, ¿no sirve absolutamente de nada!... a menos que uno desarrolle una estrategia para poder, eh, sobrevivir o vivir del lu... de la... de lo que uno hace de... de esa forma alternativa' (Juan, 40).

Otro aspecto del deber ser, se remarca en el valor que damos al ser competente, hacer gala de nuestras capacidades intelectuales, mostrarnos ante la sociedad como personas fuertes, eficaces, electas, etc. Esto sin duda es una expectativa bastante alta que ronda sobre las personas permanentemente:

'¡Claro! yo llegaba el día anterior, leía las... las cosas, después me iba a sentar y me iba mejor que a todos mis amigos, que estudiaban dos o tres semanas antes' (Juan, 12).

'Di pruebas de todo y sólo una vez... solo una, tuve un cupo en una profesión... pero era para estudiar en (ciudad) y no me gustó... O sea, me encantó haber estado en la lista de elegidos ¿no?' (Luis, 54).

Discurso filosófico

Este discurso también aparece como tecnología del yo. Reproduce acciones de autoayuda, de autoconocimiento o en base a la metafísica que sirven para comprender y sobrellevar ciertos estados anímicos y para entender porqué se producen ciertas situaciones. También implicaría la meditación, reflexión, adquisición de conocimientos como enriquecimiento personal, etc. Este tipo de acciones generalmente no se introduce de forma explícita en un proceso de desinstitucionalización, considerando que las terapias psicológicas suelen hablar de estos temas. No obstante, es difícil abrir paso a este tipo de diálogo en un ambiente que tiende a ser más medicalizado.

En el primer extracto vemos la visión de mundo de una persona con diagnóstico psiquiátrico cuando explica las cosas que le gusta estudiar y aprender.

Este tipo de discurso habilita mayor flexibilidad y apertura e impide la cristalización y la recurrencia a repetir modelo estándares y hegemónicos que son difíciles de aplicar para situaciones personales y sociales:

'LA FORMA DE VER...QUE IMPIDE OTRA FORMA DE VER... mi tema es... en el fondo eh... la... una crítica a las representaciones en todo sentido y un potenciar el desarrollo alternativo de... de la mente...' (Juan, 138).

El siguiente párrafo describe los acercamientos espontáneos que se hacen a estas visiones, permitiendo así la idea de que lo médico no es todo:

'Y lo que empecé a buscar es... (3) autoayuda... (↓) metafísica, a leer... (3)... todo esto de autoconocimiento...' (Ana, 90).

El siguiente párrafo no indica la importancia que tiene poder compartir con alguien este tipo de visiones e identificar que es posible establecer otras formas de comunicación y contacto distintas a las que se promueven desde las versiones más hegemónicas o mainstream:

'Eso después empezó a decaer, bueno yo... hubo un tiempo, bueno ya... yo en ese momento, yo tenía conflicto existencial bastante fuerte, tuve intento de suicidio, porque no... no tenía mi... mi... mi cabida dentro de... del medio, en el sentido en que yo era bastante autista y ese autismo venía desde chico, o sea... eh, ahora, ahora lo he revertido un poco en el sentido de que he encontrado otra, otros mecanismos, otras formas, con gente específica, porque conozco mucha gente, yo creo que unas tres mil, tres mil personas y de esas tres mil personas unos diez o cinco con los que tengo una empatía, que hay otro tipo de comunicación que no es tan... eh... formal del lenguaje' (Juan, 14).

Las tecnologías del poder, que nos gobiernan a distancia, en un acto parecido a lo que señalaba Foucault (1986) con el poder disciplinario y la biopolítica, se ejercitan por medio de las tecnologías del yo, de modo que a continuación, revisaré que tecnologías del poder que se encuentran más presentes en los discursos vinculados a la salud mental.

Tecnologías del poder

- Discurso biológico
- Discurso científico positivista
- Discurso médico psiquiátrico
- Discurso psicológico

Discurso biológico

Como tecnología de poder, este discurso lo identifiqué como parte de aquellos que reproducen los síntomas psiquiátricos como algo biológico, por lo tanto, innato, estructural y fuera de la voluntad propia. Este discurso respalda el sustento biológico para la explicación de conductas como algo naturalizado e inmodificable. Este discurso limita por tanto cualquier posibilidad de cambio en la situación de la persona. Es un discurso bastante arraigado en la población y asentado gracias al poder médico que prácticamente ha medicalizado todos los espacios de la salud mental.

A continuación las siguientes dos citas se refieren una a la explicación que la médico otorga a una persona con diagnóstico psiquiátrico y la otra a la descripción que hace la persona sobre su propio estado bajo los efectos farmacológicos. Da la impresión que el efecto de basar el diagnóstico en elementos biológicos como las neuronas, las células, etc., le otorga un cierto estatus o importancia tal que se acepta sin cuestionamientos como algo casi permanente e inmodificable:

‘No como con... después de eso... (↑) ¡BUUUUM! estaba dopado todo el santo día... pésimo, pésimo, la doctora igual empezó a explicarme cosas, pero muy técnicas relacionadas con el cerebro, pero demasiado técnicas, que yo ni me acuerdo... ¡me gustó! me gusta aprender, pero... era demasiado técnico, habló de células, neuronas... (3) (Omar, 131).

‘¡TOTALMENTE!.. me parecía bastante extraño... la Olanzapina me sirvió para no estar arriba ni abajo... bueno, porque me intenté matar igual... (3) me dijeron algo del cerebro... me faltan tantas neuronas, que aquí... eh... inestabilidad emocional, todas esas cosas... (4)’ (Omar, 137).

Discurso científico positivista

Esta tecnología del poder, reproduce el método científico tradicional cuantitativo y está presente en los procesos de desinstitucionalización. Las personas lo incorporan en su lenguaje como parte de un programa de salud mental. Logra bastante efecto como un discurso que está vinculado a lo lógico y a lo que está bien argumentado. De este modo, a través de este discurso, las cosas aparecen naturalizadas e incuestionables, sobre todo científicas. Este discurso tiende a dejar fuera todas las otras alternativas de ciencia, apareciendo como único y hegemónico.

La siguiente cita muestra este efecto de científico al explicarse la rigurosidad con que utilizaron aparatos que miden ciertos marcadores biológicos para poder llegar a un diagnóstico psiquiátrico:

‘Bueno... cuando pasó, el médico a mí... eh... mi rollo, eh... mi vieja me llevó a cinco médicos distintos... me hicieron scanner, me hicieron electroencefalograma y en base a este encefalograma como que... y a lo que le preguntaba se... mmm... se confirmó el diagnóstico...’ (Juan, 100).

Discurso médico psiquiátrico

Esta tecnología de poder, reproduce los usos y lenguajes de la medicina psiquiátrica, en este sentido sería un discurso que avala y respalda todos sus procedimientos sin ofrecer dudas o cuestionamientos. Como hemos apreciado a lo largo de otras descripciones de objetos discursivos, el discurso médico psiquiátrico está presente tanto en posiciones de sujeto y en las problematizaciones. Es uno de los discursos que presenta más y diversas opciones de análisis.

A continuación una referencia explícita a la necesidad de incorporar el lenguaje médico para ser validado como profesional de la salud mental, puesto que si no, la posibilidad de diálogo es escasa. Esto también denota el enorme poder que tiene el cuerpo médico, al establecer implícitamente estas condiciones para trabajar en salud mental:

'Sin duda, sin duda, sin duda yo creo que eh, pienso que ellos si uno se los plantea bien o si uno se valida, HAY QUE VALIDARSE PRIMERO con, con... con este mundo médico, validarse en sus términos, para que después te puedan escuchar un poco... eso es lo que yo he visto por lo menos, lo que a mí me ha funcionado, dentro de trabajar...' (Diana, 78).

El siguiente extracto refleja la contradicción del lenguaje, cuando en el contenido mismo se está describiendo lo bueno de una atención más ambulatoria, fuera de un recinto hospitalario y al mismo tiempo se utiliza terminología exclusivamente médica para referirse a las personas que reciben atención en salud mental:

'Lo que pasa es que los pacientes le, le, a ver... los pacientes que vienen para acá, o los usuarios en general, les parece bastante adecuado estar fuera de un hospital...' (Patricia, 122).

En la siguiente cita, se aprecia cómo desde el discurso médico existen resistencias a incorporar nuevas perspectivas, como en este caso con la comunitaria. De este modo son rechazadas por ser ajenas a los servicios de salud. Se puede apreciar así, el dominio que tienen para decidir que entra, que se considera, que se acepta como adecuado para los servicios de salud:

'Y él lanzó ahí, digamos, la idea de hacer una capacitación y empezó a pensar en algún proyecto programa que pudiese articular esta cosa a lo largo de Chile en las instancias, encargó un proyecto con gente que trabajaba la perspectiva comunitaria, pero ellos hicieron una propuesta que desechó, porque en definitiva era una propuesta que venía muy de la psicología comunitaria y que era en el fondo culturalmente ajena a la lógica de los servicios de salud y por lo tanto en el fondo, corría altísimo riesgo...' (Samuel, 12).

En la siguiente cita que presento, frente a la idea de equipo multidisciplinario en salud mental, especialmente en la atención primaria, tampoco se aprecia un apoyo explícito a lo propuesto por la desinstitucionalización cuando señala de establecer diálogo interdisciplinar. Una vez más se rechaza porque se considera ajeno y también se le califica como fracaso. La paradoja es, ¿si esto es la tónica de

las prácticas en salud mental, en qué momento puede existir espacio para que se produzcan estos intercambios interdisciplinarios?:

'No, no...Fracasó, fracasó la estrategia de los grupos de apoyo psicosocial, no cierto, que es esa que hubo a principios de los noventa de poner matrona o enfermera, trabajadora social y psicólogo en los consultorios, fracasó, porque era culturalmente ajena me entiendes tú... si no puedes tú ir a vender, no cierto, refrigeradores a los esquimales' (Samuel, 14).

El siguiente ejemplo refiere al discurso médico validando sus procedimientos farmacológicos, porque relatan la historia de un hombre que logró gracias al medicamento, transformarse en un ser humano productivo, que es el sustento económico de su hogar:

'Y bueno, él nos hacía asesorías, venía desde (ciudad 3) venía y nos, nos asesoraba en el uso de la Clozapina y en los casos más difíciles, entonces este paciente emblemático, él estuvo con la Clozapina y cambió del Cielo a la Tierra... de ser un paciente paranoico, desde que tenía que ser hospitalizado prácticamente todos los años... él cambió... pero después todo lo que es rehabilitación y él, en estos momentos él... yo diría que eh, él es casi como el sustento y el orgullo de su casa ¿me entiendes?' (Sonia, 34).

Desde el discurso médico psiquiatra, se valora también que se haga la evaluación orgánica, aspecto considerado importante para el diagnóstico. De esta forma se refuerza el discurso médico en sus propias bases médicas, casi como lo que Foucault (1986) llamaría juegos de verdad que finalmente van constituyendo que estas categorías son enfermedades con sustrato biológico:

'Ahora yo te diría que ESO ha cambiado mucho, aunque no te digo que igual todavía se discrimina a los pacientes psiquiátricos, donde no se les examina bien todo lo orgánico...' (Sonia, 50).

El discurso médico también puede ser reproducido por las personas con diagnóstico psiquiátrico. El siguiente ejemplo ilustra esta situación donde es la

propia persona la que solicita un internamiento porque valora este procedimiento médico como lo único que la sacará de ese mal momento que está pasando:

'Mmm... primero fui al... al hospital (nombre) acá. Eh... (6) porque ya no quería salir de la casa, me sentía mal y... y... la verdad es que le decía a mi mamá que prefería estar internada en algo que me ayudara' (Ana, 2).

La mayoría de las personas con diagnóstico psiquiátrico aprenden a lo largo de los años de tratamiento a utilizar el lenguaje, siglas y usos más comunes de la medicina psiquiátrica como se aprecia en la cita a continuación. Esto denota lo medicalizada que puede estar la vida de una persona con diagnóstico, con capacidad casi para hablar en reuniones clínicas:

'Llegar a estudiar y... me empezaron a pasar cosas nuevas y empezaron inquietudes y me empecé a sentir mal y eso también eh... fue con una depresión grande, con intentos de suicidio, todo el... el... ahí eso tenemos que estudiarlo, porque parece que mientras no tenía TOC, tenía estas otras cosas' (Ana, 22).

Otra persona con diagnóstico psiquiátrico describe también su situación en términos médicos en la siguiente cita:

'Así que me sentía este como que... que... no voy a hacer amistades aquí y yo andaba con esa enajenación... este... una... he hecho muchas cosas en mi vida eh... actos de locura... de... de demencia, cosas que alguien sano no haría' (Luis, 140).

También en la siguiente cita, la persona reproduce exactamente lo que dijo su médico sobre su tratamiento. Incluye también el paternalismo que a veces se establece en las relaciones de poder que establece la medicina, al referirse en este caso al niño:

'La doctora: "ya a ver, vamos a hacer algo por este niño" ahí me recetó como cuatro, cinco pastillas... Fluoxetina y más... Fluoxetina... ¡y no me acuerdo!... depresión, miedo y angustia 'por superar'...' (Omar, 129).

Otro caso similar es cuando una mujer, expresa también la dificultad que implicaba que su familiar tomase la medicación como debía ser. Aquí implícitamente también hay una aceptación de que ése era el tratamiento adecuado, el médico, y que de alguna manera, si no se hacía como correspondía era razonable que luego eso trajera consecuencias:

'Claro, al principio él no aceptaba la medicación y se la tomaba mal, entonces eso también le hizo muy mal, porque habían días que se la tomaba, días en que no se la tomaba... estuvo varias veces internado en el psiquiátrico...' (Romina, 98).

Discurso psicológico

Esta tecnología de poder, reproduce los usos y lenguajes de la psicología, respaldando y avalando sus procedimientos. Esto también está en la misma línea de lo que señala Rose (1989) sobre la psicologización de la vida cotidiana y Cabruja (2005) sobre la psicopatologización de la misma.

En la siguiente cita, una persona con diagnóstico psiquiátrico describe en lenguaje psicológico (utiliza por ejemplo la palabra complejo) el ideal de persona sana:

'Alguien sano, este... (5) una persona es sana cuando no tiene complejos' (Luis, 142).

Un hombre también reproduce el discurso sobre la madurez, propio también de las disciplinas psicológicas, que se han hecho expertas en definir etapas del desarrollo y lo que corresponda que ocurra en cada una de ellas. En este caso puntual, la persona adjudica las mejores relaciones a la madurez que ha alcanzado para establecerlas mejor (algo que también se trabaja comúnmente en las terapias):

'Pero antes era más, como que íbamos más al choque, ahora que ya vamos como... que uno madura también, ésa es la palabra, MADURAR' (Omar, 87).

Otra persona con diagnóstico psiquiátrico reproduce también actividades de apoyo grupal, propias como se describirían desde la psicología, evaluando de este modo, estos modos de intervención como adecuados para enfrentar sus problemas. En este sentido hay pleno respaldo a las actividades de este tipo:

'No, pero pensé que podían haber centros así, o sea yo siempre tuve la esperanza de que... me imaginaba que habían... ¡tenía que haber un tipo de grupos de apoyo!, donde uno pudiera conversar lo que pasa, por ejemplo yo nunca he conocido a alguien que tenga lo mismo que yo... y... y me imaginaba que a lo mejor podía haber grupos donde... se pudiese compartir con gente que tiene lo mismo y... y... ver lo que les pasa, y a lo mejor, eh, eh, saber que les angustia... quizás lo mismo, o cosas diferentes... o que, no sé, si alguien encontró una manera de... eh... mmm... de llevarlo más... más liviano' (Ana, 14).

En relación a la *Subjetivación* Arribas-Ayllón y Walkerdine (2008) señalan que se trata de una ética de la auto-formación, es decir, de cómo las personas buscan transformarse a sí mismas, dentro de un orden moral y en términos de más o menos conciencia de un objetivo ético, como por ejemplo el 'deseo' de alcanzar sabiduría, belleza, felicidad y perfección serían subjetivaciones. En este sentido la pregunta a realizar es, ¿A través de qué prácticas y bajo qué autoridad los sujetos buscan auto regularse? Para responder me reencuentro nuevamente con las *Tecnologías del yo* y las del *poder*, porque en su análisis es posible vislumbrar la ética de autoformación, que se vincula con la ética de personalización que indica Rose (2007), cuando se refiere al proceso de cómo las personas a través de las técnicas terapéuticas, hemos asumido la tesis de que *dirigir la propia vida* corresponde al conocimiento positivo y al ámbito de saber-hacer experto.

En este caso en particular, las *tecnologías del yo* que identifiqué en el corpus analizado: discurso orientado al logro, discurso filosófico, biológico, científico-positivista, médico-psiquiátrico y psicológico, serían en palabras de Foucault (1991) *juegos de verdad* que han sido concebidas por una extensa y prolongada política de gobierno, que a la larga nos discipliniza nuestro modo de *ser* y *actuar*. Las éticas de personalización (Rose, 2007) son coherentes también con lo que llama regímenes del yo, entendiendo al yo como la forma de construir el 'ser' y el 'pensarse una/o misma/o' (Cabruja, 2005), que no obstante, si transgrede

determinados discursos instalados como verdades, puede llegar a ser severamente sancionado.

En el caso de este análisis, vemos como en salud mental, ya sea a través de las tecnologías del poder o del yo, los modelos que se imponen promueven explícita e implícitamente tanto las subjetividades de la persona sana como de la enferma, consolidándose al mismo tiempo el lenguaje médico/psiquiátrico/psicológico en los discursos sobre salud mental.

Y fue así como lo pude observar, puesto que la subjetivación promovida desde esas tecnologías nos muestra el interés de enseñar una cierta *filosofía de vida* ante el mundo, pero siempre dentro de los marcos que indica la sociedad, esto es, lograr o 'desear' ser *competitiva/o, productiva/o* cuando hablo de los discursos de *orientación al logro*, porque muestra el afán de ir a por este tipo de objetivos en la vida y que son asumidos como desafíos personales. Por otra parte, la adscripción a los discursos científicos, muestra lo hondo que ha calado este discurso en nuestro cotidiano, en el mismo sentido que Rose (1989) llama 'psicologización de la vida', en donde hasta lo más cotidiano se codifica en lenguaje psicológico, o clínico médico, científico, etc., lo cual, viene a ser un disciplinamiento moral/conductual al servicio de la racionalidad impuesta desde los tiempos de la Ilustración (García, 1995; Foucault, 1986; Parker, 2008; Rose, 2007).

Referir a la *disciplinarización* me remite nuevamente a los conceptos acuñados por Foucault (1999), poder disciplinario y biopoder que revisé anteriormente y que ilustran cómo estas tecnologías se convierten en autoridad y en incuestionables y también cómo son capaces de establecer el control social, muchas veces a través de las Instituciones, pero también a través de una misma, con la *subjetivación*. Esto funcionaría de la siguiente forma, las Instituciones por una parte ejercerían modos de gobierno o de 'gubernamentalización' (Foucault, 1991, págs. 23-24), a través de la economía política, los dispositivos de seguridad, el desarrollo de la ciencia, del saber, la administración, etc., y las personas asumiríamos con *éticas de autoformación o de personalización*, esos mismos y otros dispositivos más complejos, que la mayor parte de veces nos cuesta identificar y, aún más, rebatir.

Por ello para problematizar, se requiere al menos entender como funcionan estos dispositivos de poder en nuestra vida. En este sentido, mi análisis de la

subjetivación que aparece en el corpus, coincide en que el tema de la salud mental reproduce una función altamente productiva y regulativa ligada a los fundamentos de las ciencias *psi* y al modelo capitalista neoliberal, porque su orientación apunta a obtener hombres y mujeres lo más *cuerdas/os, racionales y equilibradas/os posibles*, que trabajen y produzcan activamente, con rendimiento y conocimiento. Ahora bien, esto no es un problema en sí mismo, sino que se convierte en problema desde el momento en que otro tipo de abordajes, objetivos, subjetividades, subjetivaciones y tecnologías no tienen cabida en el programa y son rechazadas o señaladas como *poco científicas, poco verdaderas, o sencillamente carentes de valor*. Como se puede apreciar en el análisis, en la gran mayoría de veces, esto ocurre cuando la visión médico-psiquiátrica excluye a la social, familiar y comunitaria.

Así la pregunta que continúa en la reflexión, apunta a si es posible o no que podamos construir subjetivaciones más allá de los parámetros que he encontrado en estos resultados.

QUINTA PARTE: DISCUSIÓN

*La honestidad de la medicina me llena de dolor
(Arthur Rimbaud)*

Los resultados preliminares que aquí presento, abren variadas posibilidades para analizar el problema y las preguntas de investigación de esta tesis. En este sentido, me gustaría destacar en primer lugar que el proceso de la desinstitucionalización en salud mental, está cruzado por múltiples discursos que se encuentran, se apoyan, se oponen y complementan. Especialmente, me ha resultado interesante analizar el impacto que esto genera en las personas que son parte de estos planes y programas, tanto entre quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico, como sus familiares y los equipos de salud mental.

Todos los datos que he recogido, muestran estas variedades de los discursos presentes en el proceso de desinstitucionalización. Y esto no sólo aparece facilitado por el análisis que he utilizado, en donde lo importante es estudiar la reproducción de los discursos y no tanto a quien efectivamente lo produjo, sino también, porque nos muestra la potencialidad que tiene el estudio de los discursos para comprender las dinámicas sociales, en permanente construcción y movimiento, al igual que todo acto humano que deviene en práctica social.

Por esta razón y como indica Haraway (1996), los análisis y discusión que muestro a continuación, provienen de mi conocimiento parcial, situado y local, por lo que, siempre éstos tendrán la potencialidad de cambiar y transformarse en función del marco analítico con el que los observemos. Esto lo planteo a priori para señalar que, tal como expliqué en la sección de ética y reflexividad, sigo manteniendo a estas alturas del trabajo y coincidiendo otra vez con Haraway (1996), que la idea de una visión global que domine todas las posiciones desde un lugar universal, es ilusoria, por lo que las reflexiones reflejan únicamente mi acceso parcial, fragmentado e inacabado a este trozo de realidad que hemos co-compartido y co-construido con las personas participantes co-investigadoras/es. Plantear los resultados como parciales y situados para un sector de la ciencia puede verse como una auténtica limitación en una investigación, sin embargo para otros, esto se descubre como una potencialidad y proyección de la misma. Será por tanto, parte también de mi trabajo visibilizar el aporte de estas dimensiones, resultados y reflexiones, construidas desde esta plataforma epistemológica.

A efectos de organización de la información, los resultados los presento en grupos de *críticas/problematizaciones*, *otros discursos* y *apoyos* en relación a la desinstitucionalización. En cuanto a *crítica o problematización* propiamente tal, identifiqué al menos seis tipos de discursos: crítica institucional, crítico educativo de salud mental, crítico médico/psiquiátrico, crítico profesionales no médicos, crítico sistema político y crítico sociedad. En cuanto a *otros discursos*, se recogen reflexiones en torno a la autonomía, la dependencia, la familia, prejuicios, entre otros. Y finalmente en relación a los *apoyos* encontrados, analizaré una versión que aparece como institucional, así como una biológica, médico psiquiátrica, psicológica y del mundo científico positivista, vinculadas a la gestión del sí misma/o y a las tecnologías del yo, que se conectarían también, con todo lo que es impulsado desde la OMS (2001).

CRÍTICAS/PROBLEMATIZACIONES

Éstas se dirigen directamente a la institucionalidad de salud mental, en donde son identificadas la mayor parte de las deficiencias de este modelo debido a sus múltiples problemas, tanto en procedimientos, como en gestiones y organización del trabajo.

Lo primero que aparece es lo difícil que resulta ser para el trabajo en general, la estructura excesivamente jerárquica del aparato público que impide que se pueda gestionar el programa salud mental con mayor fluidez. Esto porque se deriva en el establecimiento de relaciones muy burocráticas y jerárquicas entre administrativas/os, trabajadoras/es, jefaturas, etc., que obstaculizan enormemente que pueda llevarse a cabo un trabajo en equipo, en el sentido que requeriría la desinstitucionalización psiquiátrica, un modelo mucho más horizontal y que avance hacia un mayor fortalecimiento comunitario y social. Igualmente las críticas apuntan a la tendencia de reducir la participación estatal en las políticas de salud mental, que se aprecia como la continuación de una tendencia privatizadora, que en Chile tiene sus orígenes en la dictadura militar 1973–1990 (Délano y TRaslaviña, 1989; Sepúlveda, 1998; Díaz, Erazo y Sandoval, 2008).

Como consecuencia de este aparato público jerárquico y burocrático, el sistema completo sigue reproduciendo situaciones de inequidad, exclusión y

distanciamiento con las personas. Por ejemplo, en específico se habla de que en la atención de salud mental, existen escasas posibilidades o momentos en las que se puede escuchar y ser escuchada/o, algo paradójico si pensamos que la salud mental promueve, entre otras cosas, el establecimiento de vínculos sociales. Esto ocurre tanto en el grupo de personas que se atienden, sus familiares y las/os propias profesionales de salud mental.

El sistema en sí mismo de este modo, no brinda un real espacio de acogida y encuentro y esto se atribuye fundamentalmente por una flagrante falta de tiempo, puesto que son múltiples las actividades administrativas que hay que cumplir cada día dentro de esta organización tan estructurada y jerárquica, además de dedicarse a la atención, pero también a la falta de capacitación del personal para la atención en salud mental. Muchas veces también esto explicaría también la falta de interés y de motivación de las personas en hacer un mejor trabajo.

Si tomo algunos de los datos que recogí en los antecedentes iniciales de esta tesis, es posible entender por tanto, cómo la histórica y desigual constitución del servicio de salud en Chile (Illanes, 1993; Salazar, 1999) sigue pesando fuertemente en las actuales condiciones de esta administración del Estado. Como desde su creación, actualmente existe un severo problema de financiamiento que tiene al programa de salud mental prácticamente con recursos mínimos, con el más bajo presupuesto de todas las demás áreas de salud. En este contexto, todas las actividades que se impulsan y realizan, requieren de buena voluntad, disposición y motivación profesional. Sin embargo, esto es una profunda fisura en el sistema, puesto que con tan escaso presupuesto, efectivamente como señalaban autoras/es como Araya et al, (2006); Rojas Varela, (2005); Minoletti y Zaccaria, (2005), Florenzano (2008) y Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon (2012) se constata que la capacitación del personal es nula o muy ineficiente en temas de salud mental. Las/os funcionarias/os escasamente se enteran de lo que son los programas de salud mental, menos cuando se incorporan al servicio, porque no hay inducción alguna al ingreso del programa, tampoco sobre los cambios que se van desarrollando, ni se informa sobre las reformas que se van haciendo, ni de los objetivos, etc. Más bien, todo lo que se aprende tiene que ver con poder contabilizar los ingresos, los egresos y las altas de las personas. Otro problema es que la efectividad de estos programas de salud mental se miden cuantitativamente con estos datos y siempre presionando al o a la trabajador/a. Los salarios de las/os

trabajadoras/es de salud mental también son muy precarios y no se ajustan al tipo de tareas que desarrollan. Así el efecto en las personas, es de un sistema que presenta escasa preocupación por sus funcionarias/os o trabajadoras/es, ya que nadie les pregunta la opinión sobre algo, ni cómo hacer las cosas y todo lo que se hace llega impuesto desde las jefaturas. Resulta en general muy difícil escapar de toda esta estructura jerárquica del servicio. Tampoco se hace un mínimo entrenamiento ni capacitación para cambiar el paradigma de quienes trabajan en los servicios hacia una visión más social, cercana y en terreno con las personas. En este sentido, se requiere por ejemplo una mayor interacción entre profesionales y la realidad de las familias y su contexto histórico cultural, que permita construir lazos de compromiso con la comunidad.

En cuanto al proceso en sí mismo de la desinstitucionalización, éste no cuenta con la infraestructura física y material que se requeriría, por lo que muchos programas complementarios de rehabilitación, por ejemplo, para la reinserción laboral y social, no pueden iniciarse o desarrollarse plenamente debido a esta falta de financiamiento.

Otra crítica dirigida hacia la institucionalidad de salud, es su escasa capacidad de repensarse a sí misma. A trece años de haber iniciado el *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*, no existe el espacio para que se realice una reflexión profunda al menos una vez al año, sobre que es la salud mental o del porqué desde el mundo occidental la entendemos de esta manera y menos preguntarse si podría ser interpretada de una nueva forma. Por lo tanto, difícilmente una institución así puede dirigir el cambio de paradigma desde un modelo institucional a uno desinstitucionalizado.

En esto también se puede ver que la idea de salud y enfermedad mental desde el punto de vista clásico asilar psiquiátrico o manicomial, sigue predominando para esta institución, que valora al cuerpo médico como el más importante de su sistema. Esto es un gran problema también, puesto que evidencia aún más la desigualdad que genera su estructura jerarquizada. La distinta valoración que el sistema hace de cada grupo profesional, establece rangos de estatus diferentes según se es, tal o cual cargo o profesión, cada uno con sus derechos, deberes y privilegios, en donde siempre el área médica es la más valorada. Esto redundará al final en que este grupo, tenga por ejemplo, los salarios

más elevados y ocupe los cargos con mayor responsabilidad y jerarquía, reproduciendo de este modo, un enorme poder que ejercen en comparación a las otras profesiones que también participan en los procesos de salud mental.

Otro problema detectado y que tiene relación con la alta valoración que el sistema institucional hace del mundo médico, es la gran adhesión que muestran hacia el diagnóstico psiquiátrico, el cual, validan ampliamente para sustentar cualquier intervención, financiamiento y proyección. Esto también genera una severa tensión con el modelo desinstitucional, porque el diagnóstico psiquiátrico es una de las cuestiones más polémicas dentro de los grupos entrevistados, salvo obviamente para quienes ejercen la psiquiatría. En este sentido, el discurso más predominante en las críticas, rechaza esta forma de entender la salud mental a través de un diagnóstico médico, porque es absolutamente contradictorio con un modelo de salud mental que avanza hacia una versión más comunitaria.

Se cuestiona el diagnóstico psiquiátrico porque marca, estigmatiza y deja huellas profundas en las personas y condiciona a la sociedad. En el entendido que todo conocimiento es siempre una producción humana, el cuestionamiento a los diagnósticos es una manera de comenzar a reflexionar sobre el conocimiento, la ciencia y la verdad. Desde este paradigma entonces se supone que no existe una verdad como algo trascendente, absoluto ni universal. Por eso que el diagnóstico psiquiátrico en sí mismo produce dificultades porque mantiene los prejuicios. Por ejemplo, se entiende que todo es enfermedad y que las personas diagnosticadas son amenazantes y/o peligrosas para la sociedad. Entonces ¿cómo se podría cambiar de enfoque asilar a uno más social si se insiste en utilizar el diagnóstico psiquiátrico como base de datos para planificar las actividades en salud mental? El diagnóstico psiquiátrico cronifica y agudiza situaciones que podrían ser perfectamente contenidas por otras formas alternativas, más ligadas a la participación, a la creación de redes sociales, entre otros.

En este contexto, es importante mencionar el peso que tiene en la medicina psiquiátrica, la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM), así como de otros manuales como el CIE. Esto principalmente por la dificultad de concebir una salud mental fuera de estas clasificaciones que a todas luces son arbitrarias, construidas en historias de subjetividades, convertidas en juegos de verdad, sino ¿cómo se explica que en cada versión se tripliquen o

cuadruplican las patologías? Considerando todo el movimiento que hay hacia la salud mental comunitaria o más *social*, ¿Son estos manuales indispensables para trabajar con un enfoque más social en salud mental?

Es posible pensar que no, puesto que hay muchas experiencias en el mundo que avalan la comprensión de los estados *mentales* como *diferencias de sentido del sí mismo/a* y también como producto de una serie de historias, experiencias y prácticas que las personas van tejiendo en sus vidas. Sin duda en Chile lejos estamos de una experiencia tan rupturista como la que tiene la organización *Hearing voices* del Reino Unido, que ha logrado marcar acciones totalmente fuera del dominio médico-psiquiátrico, puesto que desde este grupo se valida la capacidad de las personas de oír voces y/o tener visiones extrasensoriales, dando un vuelco a lo que serían signos de esquizofrenia desde el punto de vista psiquiátrico y poniendo en duda que sea la vía médica la única forma de afrontarlos. Por esto, la reflexión sobre que tan imprescindible sea el diagnóstico médico en el área de salud mental no está fuera de lugar cuando hablamos de instalar abordajes más sociales y comunitarios.

Sin la etiqueta diagnóstica, podríamos tener personas con sus relaciones cotidianas en sus contextos específicos inmediatos, sin tener la presión de tener que enfrentar un prejuicio. En cambio, en el caso de quienes tienen ese diagnóstico, por ejemplo en las personas entrevistadas, a pesar de participar en distintas redes sociales, muchas veces son encasilladas por pertenecer a esta categoría de diagnosticadas/os, y esto es pesado de llevar cada día, porque se convierte en algo central y único, con el que cuesta hallar fuerzas para combatirlo y aceptarlo. Muchas veces incluso esto ha significado para las personas tener que reducir sus opciones de contactos sociales por el temor a ser *censurado/a*. Sin duda el diagnóstico psiquiátrico gestiona desigualmente la vida de estas personas y por ello se hace urgente al menos, problematizar esto en el núcleo de los procesos de desinstitucionalización.

Otra reflexión que es posible de hacer a la luz de estos resultados, es ver cómo la etiqueta psiquiátrica produce la necesidad de establecer un tratamiento específico en donde es ineludible la medicación. La medicación llega a tal exceso en la actualidad que se ha construido la imposibilidad de curar al establecer que un diagnóstico psiquiátrico es crónico, es decir, para toda la vida. Obviamente, esto

beneficia a las empresas que elaboran los medicamentos, las que obtienen ganancias económicas incalculables. En este contexto, la industria farmacéutica asociada a los diagnósticos psiquiátricos, es abundante y sobre todo muy millonaria porque están en manos de privados que obtienen enormes beneficios con este negocio. De acuerdo con González y Pérez (2007), esto se retroalimenta gracias a una compleja coyuntura que incluye, la colusión de la medicina, el financiamiento de investigadoras/es que certifican que tal o cual fármaco es indispensable para un tratamiento, pruebas gratuitas y otras estrategias de marketing para la potencial población que consumirá los fármacos. Todo ello hace prácticamente imposible que este engranaje no crezca en influencia y ganancias. Este aparataje, a su vez, respalda y avala la existencia de múltiples y cada vez más específicos diagnósticos psiquiátricos. De este modo, no cabe duda que es absolutamente rentable contar con personas que consumirán estos fármacos durante muchos años y que además, serán al menos, medianamente productivas en sus vidas.

Como segunda lectura de este respaldo al mundo médico, encontramos de base por tanto el apoyo al mundo biológico, que es en el que se sustenta el discurso médico psiquiátrico. Cabruja (2003, 2005) señala al respecto que, como la psiquiatría se funda en la biología, es importante recordar que ésta última tiende a naturalizar al ser humano en base a explicaciones relacionadas con la naturaleza biológica del cuerpo, cuyos genes, neuronas y bioquímica, tendrían una influencia en la personalidad, el carácter, y la experiencia individual. De este modo, estas miradas diseñan y establecen una funcionalidad específica en el control y la selección de las personas mejor capacitadas y más aptas en ciertas áreas, lo cual ha sido ampliamente aprobado en la mayor parte de las ciencias tanto naturales como sociales. Bajo estas miradas, se sustentaría por ejemplo, un sistema social de naturaleza discriminatoria que se apoya en el prestigio social que la biología tiene en los discursos científicos tradicionales. Inclusive algunos regímenes la han instrumentalizado para legitimar sus actividades y concepciones discriminatoras. En la base de la exclusión social, estaría por tanto, este tipo de preceptos clasificatorios y segregadores, basados en la naturalización y la reificación del comportamiento que introduce la explicación biologicista.

En este tipo de construcción de mundo en donde se avala la visión médica y la biológica, la segregación y la clasificación pueden ser consideradas inocuas, pero en el mundo social las etiquetas generan múltiples dificultades. Muchas de las

palabras que utilizan por ejemplo, en los diagnósticos psiquiátricos, como: enfermedad, trastorno o discapacidad, producen efectos devastadores en la vida de las personas, así como los conceptos de crónico e incurable y tal como ya lo advertían Díaz, Erazo y Sandoval (2008) ¿Cómo se pretende entonces introducir la desinstitucionalización con esta tensión inherente al lenguaje médico que discrimina, excluye y patologiza?

En algunos discursos también se trasluce el aval a un modelo biopsicosocial, ¿pero de qué se trata esto?, pienso que vuelve a redundar en lo mismo que recientemente revisé: la focalización de lo biológico o médico psiquiátrico, por sobre lo social. Sin duda me resulta extraño y muestra una fisura dentro de lo que se pretende impulsar con la desinstitucionalización, porque limita el desarrollo de un modelo que se pretende más social, horizontal y participativo. Con el modelo médico psiquiátrico y biológico, esto está lejos de alcanzarse como bien señalaba Cabruja (2013), porque tienen en la base de sus preceptos una mirada segregadora. El modelo en definitiva monopoliza las prácticas y a mi juicio, poco ha cambiado desde el periodo asilar. La desinstitucionalización sigue cumpliendo una función de refuerzo para el discurso médico.

Por ejemplo un caso emblemático en Chile de este apoyo al mundo médico psiquiátrico y biológico, es la incorporación de la categoría Depresión a un programa de atención urgente llamado GES (Garantías explícitas en salud), que implica una atención rápida a la persona diagnosticada, con varias actividades obligatorias, como por ejemplo, un cierto número de sesiones con psiquiatra, psicóloga/o, apoyo grupal, fármacos, etc., lo cual muestra primero, el soporte al entramado de diagnósticos psiquiátricos, segundo el cómo se resignifica este estado como algo crónico y grave y que requiere medicación, especialistas, tratamiento, etc., de forma rápida y efectiva y tercero, que existe un invisibilizamiento absoluto de los procesos personales, individuales y sociales de cada quien podría entrar al programa, porque claramente la depresión u otros procesos similares, no tienen un tiempo ni una forma estática de superarse o curarse. Como se puede apreciar, estas formas de entender la salud mental, no contribuyen en nada a cambiar la visión estigmatizada sobre este tipo de malestares, que muchas veces podrían resolverse en ámbitos alternativos al psiquiátrico.

Lo cierto es que el sistema va pervirtiendo el proceso, puesto que como su respaldo al mundo médico, llega hasta el punto de valorar económicamente sólo este tipo de prestaciones en salud mental, finalmente todas las personas que trabajan en el área, deben aprender a señalar el diagnóstico psiquiátrico, ya sea desde el CIE o del DSM, y también a codificarlo y registrarlo en su planilla de actividades diarias. Sólo de esta forma, el programa garantiza recibir financiación desde el Ministerio de Salud, por lo que al final todo el programa se convierte en una gran sobrediagnóstico de la depresión, cuando por ejemplo el proyecto que supuestamente enmarca todo esto, la desinstitucionalización, apuntaría a todo lo contrario: menos diagnósticos, favorecer la red social, terminar con el sistema asilar, entre otros.

No obstante, hasta ahora el sistema de salud mental jamás cuestiona esto, sino que sigue incorporando y manteniendo todos estos elementos, que poco tienen que ver con un proyecto de desinstitucionalización. Se destaca por tanto, a través del análisis de estos resultados, la importancia que tiene el poder superar el modelo médico como único modelo de salud, relevando la importancia de la diferencia y la singularidad a la hora de poder construir un nuevo concepto de salud, que sería no sólo como un conocimiento científico en el plano positivista, sino más bien como algo cotidiano y cualitativo, más allá de los márgenes y órdenes de los cálculos, tablas o promedios estadísticos, más propios de la biología y de la medicina.

A modo de reflexión, creo que la salud mental revela una realidad compleja, difícil de precisar, porque se trata de elementos de naturaleza multidimensional que por su carácter construido, histórico, simbólico, socialmente productivo y político, no pueden ser asumidos únicamente por el conocimiento técnico-científico de las/os profesionales de salud mental. Un poco en la línea de lo que indica Rojas Varela (2005), sobre que el conocimiento y la experiencia de la población debieran integrarse en un proceso participativo de construcción de una salud colectiva.

Sobre otros problemas del programa salud mental, se focaliza como punto crítico también el tema de la descentralización. Esto significa que, como el supuesto es que cada región puede administrar de forma relativamente autónoma los programas, no se logra tener una idea acabada de cómo van marchando los proyectos autónomos en cada lugar. Lo que demuestra en cierto modo, el abandono en el que se encuentran algunos centros de atención ambulatoria, un

poco a su libre albedrío, generando un desarrollo dispar de los mismos, en donde pueden coexistir en estos momentos, desde centros altamente medicalizados hasta otros que son más comunitarios, flexibles y/o de carácter más administrativos, etc.

Desde que se dio impulso a la reforma en salud mental en el año 2000, que dicho sea de paso, no cuenta con un sustento legislativo que la respalde al menos en financiamiento, otro tremendo error que se ha cometido, es que no se han respetado los procesos de cambio implementados, puesto que con cada administración nueva, tal como ocurrió en el período en que realicé el trabajo de campo (elecciones presidenciales), se detienen los procesos en curso, se cambian las personas, y se resetea nuevamente otro ciclo. Esto redundando en que se pierde continuidad y profundidad de las transformaciones. Durante estos años se han realizado numerosos experimentos administrativos y generalmente todo termina convirtiéndose en reducir cargos, expandir otros, subdividir funciones asociadas a nuevas administraciones, etc.

Como caso destacable de ello es la tensa incorporación del área pública judicial a las tareas de salud mental entre los años 2004 y 2006. En este sentido salud y justicia, en palabras de González (2007) se unen para enfrentar una legislación sobre por ejemplo, el tratamiento voluntario e involuntario de las personas con diagnóstico psiquiátrico, evaluaciones de discernimiento, etc., que por una parte ha tratado de regular las condiciones de tratamiento en cuanto a régimen de asilo, métodos físicos y químicos, pero por otra profundizar, al parecer sobre la base de una buena intención, la relación directa de una persona con diagnóstico psiquiátrico como potencial peligro para el orden civil. Ambos poderes así, se legitiman mutuamente y por tanto, los escenarios actuales de la salud mental también deben entenderse bajo estos preceptos, para distinguir en qué lugar se deben romper con las hegemonías.

En el caso de Chile, se implementa a pulso un desarrollo psiquiátrico forense, que casi no tiene recursos, por tanto obliga a que salud mental despliegue, por ejemplo, el recurso humano, pero sin capacitación porque no alcanza el financiamiento, para que realice tareas de evaluación forense, en donde tampoco existe el derecho a negarse porque esto viene impuesto desde el poder judicial, y quien se niegue por tanto, arriesga sanciones judiciales. De este modo el choque entre mundo médico y mundo judicial, es desastroso y tensiona aún más los

esfuerzos que se hacen por desinstitucionalizar, puesto que esta *judicialización* de la salud vincula el peligro a la imagen de quien tiene un diagnóstico psiquiátrico (González, 2007).

Sin duda, todo esto también va desgastando al personal funcionario de salud, cuyo cuerpo gremial (con diferencias de trato y salariales entre ellas/os mismas/os) se desmotiva y baja la calidad de la atención que ofrece. En relación a esto, otra de las falencias existentes en los procesos de desinstitucionalización es el bajo desarrollo de los equipos de trabajo. Probablemente esto cuesta más, un poco por las diferencias de formación que existen entre las/os profesionales de salud mental, las/os pueden provenir del área salud y medicina, como también de las ciencias sociales. En este punto de la formación profesional, también se señala como problema grave, la nula capacitación o aprendizaje que se destina en las carreras de pregrado para el área social o comunitaria en salud mental. Esto finalmente a la hora de trabajar muestra su impacto, en donde, se trata de hacer equipo con personas con distintas miradas en torno a lo que es un trabajo comunitario y social. Además si agregamos el enorme poder del cuerpo médico, que tiene todos sus conceptos y visiones de mundo instalados en el sistema de salud mental, se hace aún más difícil el trabajo horizontal y de equipo, puesto que se impone más bien esta mirada más medicalizada. No obstante la crítica hacia el poder que tiene la medicina dentro del sistema de salud también pasa por las otras profesiones que participan y que finalmente por inercia siguen reproduciendo el mismo modelo y que no son capaces de organizar una contraparte que incida efectivamente en los cambios que requiere la desinstitucionalización, como por ejemplo, cuando desde la psicología se sigue practicando una de corte más mainstream que sigue el modelo biomédico.

Y en este punto me referiré puntualmente a la disciplina de la psicología, que si bien, no recibe demasiadas críticas como el mundo médico, llama la atención por su capacidad de penetrar en las subjetividades individuales y colectivas. De acuerdo con algunas/os autoras/es, esto es porque la psicología ha sabido alinearse absolutamente con las disciplinas del poder (Parker, 2010; Ovejero y Ramos, 2011), en función de poder controlar mejor a los seres humanos. Se trataría también de una disciplina muy autoritaria como diría Ibáñez (2001), puesto que aunando criterios con la medicina psiquiátrica, pasan a conformar el mentado conglomerado de las ciencias psi (Rose, 1989), las cuales tienen una función

altamente productiva y regulativa en la sociedad. En relación a la salud mental, por supuesto que para trabajar se necesitan personas sanas y lo que entienden la psiquiatría y la psicología hoy en día, es una ausencia de signos y síntomas que califiquen para diagnóstico psiquiátrico. Esta idea también se percibe dentro de las/os participantes. Hay quien reflexiona sobre la idea de ser humano sano que tiene la sociedad, y que es una imagen de hombre, fuerte, sano, blanco, que jamás tiene problemas, malestares psíquicos ni tristeza. La tendencia a patologizar los estados anímicos que se han identificado como indeseables para la lógica de productividad y competencia que impone el capitalismo, ha devenido en una psicologización de la vida acota Rose (2007) e incluso en la misma psicopatologización como indica Cabruja (2013). Esto significa que cualquier problema señalado en el ámbito de salud mental se tiende a patologizar.

Indagando en las formas de subjetivación que promueve la salud mental desde su función productiva/regulativa, esto nos remite a la construcción de sujetos por medio de tecnologías de dominación, bajo actos de sujeción y a la construcción de sujetos por sí mismas/os dentro de un singular orden moral y de acuerdo a un objetivo consciente. Tales éticas, denominadas de autoformación, presentan un ensamble de prácticas específicas de autorregulación que reúnen conocimientos, personas, instrumentos, espacios y construcciones que dirigen la conducta humana a distancia. En tal sentido, Rose (2006) señala que el neoliberalismo no puede ejercerse sin estas tecnologías, puesto que delegando la soberanía a la ciudadanía se gobierna mucho mejor, haciendo que cada persona asuma total responsabilidad por su vida.

Obviamente esto no es un problema, sino que se convierte en problema, porque las tecnologías se introducen como el único fin posible, dejando de lado a todo tipo de articulación social y visión crítica de problemas contextuales, sociales, geopolíticos, entre otros, como advierte el enfoque postcolonial. La subjetivación por tanto, implica la mirada hacia el yo individual, que tiende a descontextualizarse y deshistorizarse, para asumir prácticas orientadas a la transformación de una/o misma/o y alcanzar cierto estado de sabiduría o perfección, sin molestar al cuerpo social estructurado, como señala Žižec (2008). El mismo autor señala que ésta es la forma de despolitización más común porque: 'el nuevo orden mundial es como el medioevo –global pero no universal– en la medida en que pretende que cada parte ocupe el lugar que se le asigne' (Žižec, 2008, p.33). Para romperlo, se requiere del

núcleo de la política, cuya subversión ocurre cuando se presiona el cuerpo social estructurado en el que cada parte tiene su sitio y la parte sin parte que desajusta ese orden.

En la actualidad, se tiende hacia la postpolítica, modelo de negociación empresarial y del compromiso estratégico. Se busca que cada parte ocupe su sitio sin problemas. De acuerdo con Žižec (2008) esto ocurre porque, en el marco de la globalización capitalista, se incide en un sentimiento de pertenencia étnica o comunitaria, cuyo único vínculo es el del capital, siempre dispuesto a satisfacer las demandas específicas de cada grupo o subgrupo, lo que se traduce en el retorno de lo individual, que reconoce, que fija, pero que no quiere cambios. Aquí es posible ver cómo ambas tecnologías promueven una forma de subjetivación ligada a los fundamentos de las ciencias psi y del capitalismo. En los antecedentes de salud mental que revisé al inicio de este trabajo, señalé la definición de salud mental de la OMS (2001) y a la luz de los resultados, deriva ser bastante afin a los discursos vinculados al emprendimiento, la productividad, la competencia, típicas metas que se plantean en el marco de la globalización capitalista. En tal sentido, la salud mental produce y regula formas de ser humano funcionales al sistema, que no tensionan el marco global, es decir, que fomentan que las personas tengan competencias para trabajar, producir, reproducir, etcétera. Y de esta forma aportar capital material, económico y simbólico a la sociedad. Esto está ligado al capitalismo, porque la filosofía que lo inspira, el neoliberalismo, regula el funcionamiento actual del trabajo y la producción como señalan Askenazy et al. (2011); Klein (2008), y también Délano y Traslaviña (1989).

Sobre las agrupaciones de familiares que supuestamente debieran estar muy presentes en este nuevo cambio de paradigma de la salud mental, tampoco se puede apreciar un cambio sustancial que contribuya con la transformación profunda de estos servicios. La crítica en este contexto apunta directamente a las formas que toma la desinstitucionalización. Por ejemplo, se señala que el cambio ha sido impulsado para ahorrar costes, privatizar los servicios de atención y fragmentar la potencial organización social. Estas organizaciones que generalmente surgen de forma espontánea entre familiares y amigos/os de personas con diagnóstico psiquiátrico, ya sea por la necesidad de buscar información sobre lo que les sucede a sus familiares o por buscar apoyo emocional para enfrentar la situación y constituirse como redes que permitan ser contraparte

con los equipos profesionales de salud mental, requieren de mayores espacios de participación y valoración, puesto que muchas veces son ignoradas o relegadas a un rol meramente contemplativo del proceso de desinstitucionalización. Si bien hay reconocimiento a lo bueno que luce la idea de la desinstitucionalización en el papel, en general las familias tienden a reproducir mucha desconfianza hacia un sistema que se percibe muy burocrático, jerárquico y que no integra, ni valora a las agrupaciones de familiares como colectivos organizados o contrapartes válidas. Esta situación también fue destacada por Rojas Varela (2005) y Donoso (2005), en donde se señala que la participación social que debieran generar este tipo de programas, no es tal. Tal vez sea esta dinámica la que permite que las familias reproduzcan desconfianza hacia todo tipo de aproximaciones y/o intervenciones que se hacen desde el área *social, médica o psicológica*, en el sentido que yo constaté cuando intentaba reunir un grupo de personas *familiares* para ser entrevistadas como parte de esta investigación.

Para este grupo en general, se sigue visualizando a la desinstitucionalización como una intervención médica antes que social, suponiendo muchas veces más confusión y presión para las familias, quienes en ocasiones aluden a que las tareas de cuidado de una persona con diagnóstico psiquiátrico desgastan bastante, requiriéndose por tanto, de permanente apoyo profesional. Al mismo tiempo, se necesita afrontar los prejuicios y estigma que existen en la sociedad, no sólo hacia quienes tienen un diagnóstico, sino también hacia toda su familia, en la línea de lo que señalaba Wai-chi Chan (2011). Me es interesante también destacar que desde las familias hay importantes aportaciones que debieran incluirse en el trabajo de salud mental, puesto que en varias ocasiones surgen desde ellas, comprensiones más integrales sobre la misma, siendo capaces de extenderlas más allá de la mirada médica, en el afán de buscar lo mejor para su familiar diagnosticada/o. Esto coincide un poco también a lo investigado por Caqueo-Urizar et al. (2012) revisado en la sección del estado de la cuestión.

Por otra parte, hay otro grupo de críticas que si bien corresponden a un polo más macro de análisis, apuntan a cuestionar el tipo de sociedad que somos como país, y que no tiene relación alguna con un modelo más comunitario como el que propone la desinstitucionalización psiquiátrica. En este sentido, se describe a nuestra sociedad como profundamente neoliberal, consumista, individualista, competitiva, prejuiciosa hacia todo lo diferente y escasamente autogestionada. Se

critica a una sociedad que es capaz de inhibir a las personas diferentes, llevándolas a situaciones de exclusión, estableciendo formas de actuación o prácticas sociales que mantienen desigualdades e imposiciones sobre cuáles son los parámetros de normalidad, salud, enfermedad, etc., los que generalmente se alinean con el proyecto neoliberal o capitalista.

Se problematiza esta cuestión principalmente porque interfiere en la convivencia social de personas que no cumplen con estos cánones, quienes se ven constantemente forzadas a trabajar con los prejuicios y estigmas que les asignan las demás personas. La problematización también da cuenta de una de las principales dificultades con las que tropieza el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, puesto que esta constatación del comportamiento social prejuicioso, muestra las características de nuestra sociedad en donde se pretende implementar una reforma de atención y que supuestamente cuenta con la aprobación y el apoyo de los vecindarios u otras organizaciones sociales.

Este discurso también da cuenta de las exigencias, demandas y expectativas a las que se enfrentan las personas con diagnóstico psiquiátrico, las cuales, no necesariamente están dispuestas a asumir. Pero este debe ser comprendido más allá de una mera negativa a querer vivir o participar de las normas de la sociedad. Sería recomendable también que nos preguntáramos por las políticas y prácticas de los gobiernos, los significados de la institución psiquiátrica y de cómo estas prácticas pueden llegar a configurar estructuras cerradas, que refuerzan un discurso psiquiátrico que señala a un estado particular como enfermedad crónica, socavando gradualmente las relaciones sociales de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

En este sentido, identifico una resistencia a un modelo de sociedad que no siempre tiene relación con lo que una persona quiere hacer. Lo increíble es que esto se sataniza aún más si encima tienes un diagnóstico psiquiátrico. Es decir, es un doble estigma con el que lidian estas personas. También se señala que en general existen muchas limitaciones para integrar y considerar en igualdad de condiciones a las personas con diagnóstico psiquiátrico. Este discurso reproduce así aspectos problemáticos de la sociedad, como por ejemplo el clasismo, la pasividad, el doble estándar, la valoración diferente de las/os profesionales de salud, el modelo neoliberal establecido, etc., es decir, todo lo que tensiona

gestionar mejor la inclusión social de las personas con diagnóstico psiquiátrico, así como la desinstitucionalización como forma de trabajo. Aceptar otros lugares de reconocimiento, distintos a los tradicionales que impone la sociedad permitiría quizás generar espacios de intercambio en la construcción del derecho a la ciudadanía en los que predominen los procesos relacionales que reconozcan y validen estas legítimas diferencias entre las personas (Duschatzky, 2000).

Dentro de este marco de exigencias también aparecen las tecnologías de poder, por ejemplo la medicina, la biología, la psicología y el discurso científico, que se insertan en tecnologías del yo, promoviendo por ejemplo, que las personas asuman una alta orientación al logro, aspecto que se observa más notorio en el grupo de personas con diagnóstico psiquiátrico. De ahí que la autoexigencia está en directa relación con la exigencia de la estructura social, que presiona por medio de estos poderes a ser, estar y actuar de una determinada forma, la que se considera como más adecuada, normal y funcional al propio sistema y a sus lógicas de productividad, consumo y neoliberalismo.

El sistema político es otro punto que aparece cuestionado y problematizado dentro del tema salud mental y desinstitucionalización. Se dice que las políticas públicas se articulan tendenciosamente dependiendo de la conveniencia que tenga para la coalición de gobierno que se encuentre a cargo del país. Esto sin duda, no favorece tampoco la continuidad de los programas, ni menos la resolución de los problemas que se evidencian dentro del sistema. El caso más cercano, es el relacionado con el terremoto y las elecciones presidenciales del año 2010, en donde se paralizaron muchos planes y programas con la excusa que la nueva administración debía priorizar gastos para la reconstrucción. De este modo, se usa en Chile que cada gobierno instale su modelo e ideario, dejando de lado el proceso de la administración anterior. Además en nuestro país predominan las visiones neoliberales y economicistas basadas en el lucro privado y las políticas más interesadas en reducir el gasto en lo público.

El siguiente grupo de críticas más importantes, señala al discurso médico psiquiátrico, el cual, ya se encuentra casi hegemónicamente presente en todos los desarrollos de la salud mental. Aquí se problematiza a la institución médica y sus procedimientos, así como su poder y estatus dentro de la sociedad en general. Se dice que son profesionales en general muy distantes y poco comprometidos con la

gente que atienden. Que tienen escaso tino, baja receptividad, baja capacidad de empatía, de escucha, y no sólo hacia quienes atienden, sino también con sus familiares y resto del equipo salud mental. Se cuestiona la autoridad y la unilateralidad de sus procedimientos, siendo difícil encontrar profesionales que lleguen a consensuar sus intervenciones con el resto del equipo y menos a quienes atienden y/o sus familiares. Se critica también que sólo saben actuar como cuerpo conglomerado médico, en donde las defensas corporativas son sólo entre quienes ejercen la profesión médica, profundizando aún más la idea de que como gremio son poderosos e incluso intocables. De este modo, todas sus intervenciones, ya sea, poner un diagnóstico, recetar un fármaco, indicar un tratamiento o una internación u hospitalización, se hacen siempre desde su investidura de autoridad que se reproduce en los dispositivos que recientemente señalé en el grupo de críticas a la institucionalidad de salud mental. El cuerpo médico no llega jamás a cuestionar su propio trabajo, aspecto que también me llamó la atención en los resultados, comparando con la mayor presencia de autocrítica que existe en el resto de profesiones de salud mental, así como de las/os familiares y propias personas con diagnóstico psiquiátrico.

Otro punto importante a destacar de estos resultados, es que el modelo de desinstitucionalización ha sido propuesto también como una forma de mejorar la calidad de atención a las personas. Sin embargo, en la práctica lamentablemente esto no siempre es así, y en parte ya lo revisé al inicio de este conjunto de conclusiones, cuando destacué la falta de motivación con la que trabaja el personal de salud mental, no sólo los que forman parte del equipo profesional, sino también del auxiliar y administrativo. Esto se traduce muchas veces en auténticos malos tratos y/o faltas de respeto hacia las personas que tienen diagnóstico psiquiátrico. Un desinterés tal que se percibe en ocasiones como abuso de poder desde el estatus funcionario hacia el de usuario. En este contexto, se percibe la desigualdad de poder entre quienes entregan la atención y quienes la reciben, e incluso puede resultar violento para quien soporta humillaciones y burlas.

OTROS DISCURSOS

En un plano más micro, los resultados también arrojan interesantes puntos de análisis. En primer lugar, las posiciones de sujeto que identifiqué me ayudaron a percatarme de cómo desde distintas posiciones, las mismas personas pueden

articular sistemas de vida dentro del entramado, por ejemplo, de vivir con un diagnóstico psiquiátrico auestas y además trabajar, estudiar, etc. Y dentro de estas redes que van estableciendo, la familia aparece siempre como un núcleo complejo de enfrentar y de conciliar. Si bien mencioné antes que desde este grupo muchas veces hay comprensiones interesantes sobre el fenómeno de la salud mental, igualmente hay que destacar que en este nivel y como núcleo complejo, la familia también aparece como muy ambivalente en su relación con la salud mental. Por ejemplo, cuando es problematizada, muchas veces toma la reproducción más cruda de la sociedad neoliberal que describí anteriormente, porque puede llegar a percibirse como una fuente de verdadero estrés, presión, exigencia, intolerancia, indiferencia, prejuicios, etc., hacia sus miembros diagnosticadas/os, no obstante, en muchas ocasiones también se identifica como fuente de cuidados, acogida, cariño, respeto, etc. El paternalismo aparece con mucha frecuencia también dentro de las familias, a veces justificado por la motivación de cuidar y velar por el bien de quien tiene un diagnóstico, no obstante, también tiene el efecto de invalidar y descalificar la persona, situándolas en permanente minoría de edad. Esto muchas veces es resistido y/o padecido por ellas, casi en la misma línea de lo que vivencian frente a los prejuicios y estigmas que se generan alrededor de su diagnóstico en la sociedad.

A partir de la posición de sujeto como familiar, también es posible ver, cómo se asume ineludiblemente la condición de cuidador/a, lo cual genera también una enorme fuente de estrés e incertidumbre. En este punto también se destaca lo de la feminización del cuidado, que también se da por hecho y como algo incuestionable, que viene a reproducir por tanto el mandato de la sociedad competitiva neoliberal, que también es profundamente patriarcal e inequitativa con el colectivo de las mujeres (Canals, 1985; Davidson, DiGiacomo y McGrath, 2011).

Como salidas alternativas a esta enorme estructura que voy revisando entre instituciones, gremios profesionales y familias, destaco también, como mencioné anteriormente, la presencia transversal de un discurso que se contrapone al médico para comprender la salud mental. En este sentido y si bien aún como algo incipiente, visibilizar esta presencia resulta alentador, pues indica que en cierto modo, hay sustrato para transformaciones en el área, que sobretodo releven la importancia de lo social. El discurso más alternativo de salud reproduce el cuestionamiento a los procedimientos más clásicos presentándose como prácticas

de estilos de vida saludable, factibles de promocionar en salud mental y que funcionan como opciones menos invasivas a las propuestas de tratamiento que muchas veces se hacen desde la psicología y/o medicina tradicional.

Esto igualmente aparece en las posiciones de sujeto vinculadas a la autonomía, en donde, podemos apreciar muchas veces que las personas con diagnóstico psiquiátrico no reproducen exactamente lo que se describe sobre ellas en los manuales diagnósticos como el CIE o el DSM. En este sentido, resulta un alivio constatar que la complejidad humana sigue sin poder ser capturada en rasgos y definiciones fijas y esto es un poco lo que las personas con diagnóstico entrevistadas demostraron. En general, siempre buscan vivir una vida lo más vivible posible y se interesan por desarrollar mecanismos propios de equilibrio, autorregulación que les reportan una enorme satisfacción. Desde la lectura de estos textos, se desdibuja un poco la construcción de la persona con diagnóstico psiquiátrico del DSM y del CIE, puesto que aquí las personas evidencian más, una alta autoconciencia de sí mismas/os, de su entorno, del contexto socioeconómico personal y familiar. De este modo, es interesante señalar que la etiqueta del diagnóstico, al menos, no recoge este tipo de dimensiones invisibilizadas sobre estas personas.

APOYOS

Por otra parte, hay toda una tendencia dentro de los resultados que muestra cómo el discurso asilar, o del estilo psiquiátrico más tradicional, prevalece bastante intacto en todas las acciones de salud mental, siendo reproducida indistintamente ya sea por las personas con diagnóstico, las/os familiares y los miembros de los equipos de salud mental. De este modo, se observa una alta dependencia del sistema institucional en general, que se refuerza con otros discursos centrados más en los prejuicios, que permanecen en torno a lo que es salud mental y también por la capacidad del cuerpo médico, psiquiátrico e incluso psicológico de penetrar en lo profundo de nuestras individualidades y comunidades. En este sentido, podríamos decir que estas disciplinas como tecnologías de poder, se instalan y nos gobiernan a distancia, para que sigamos siendo funcionales al sistema.

En relación a ello, a los procesos de la desinstitucionalización les cruzan también un cúmulo de apoyos y avales, que justifican y alaban los procesos tal

como se están llevando hoy en día. En este grupo existe bajo nivel de autocrítica y sólo se rescata lo bueno que resulta hacer algo, en vez de hacer nada, sin analizar las formas perversas que esto toma, es decir, sobre ese 'algo' que se hace. En este sentido, las intervenciones se contentan con salvaguardar a las personas, al punto incluso a veces de promover la sobreprotección y el paternalismo, que sólo redundan en dependencia e inamovilidad, arma sin duda de doble filo que tensiona los objetivos de la desinstitucionalización psiquiátrica. Desde estas posiciones, se valida aún la hospitalización cerrada, el tratamiento farmacológico intensivo y no se cuestiona la autoridad médica, ni psicológica, que determina cómo ser, estar y actuar en el mundo. Este discurso está directamente ligado a lo institucional y por tanto también respeta todas las jerarquías que desde allí se desprenden.

En cuanto a las personas con diagnóstico psiquiátrico, desde estas posiciones, por supuesto también son sujetos de derecho, sin embargo se tiende a fijarlas únicamente en una condición de enfermedad y de paciente. Desde estos lugares, la construcción del estado como enfermedad sirve como vector de la vida cotidiana, sin embargo, les deja escaso margen de autonomía y de decisión, puesto que siempre están en desigualdad de condición con el resto de la sociedad. Además desde el polo con más poder que puede ser por ejemplo el médico, se asumen posiciones conservadoras, muchas veces por el temor sacrificar el principio de autoridad y de tutela que se les atribuye desde una subjetividad agradecida, la que supuestamente viene de quien recibe la atención como paciente (Duschatzky, 2000).

Si recordamos además a Goffman (1963) las instituciones totales se caracterizan por ser un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de personas con situaciones similares llevan una vida cerrada y formalmente administrada. Este concepto es particularmente instructivo para comprender los procesos de institucionalización. Para el caso de las personas con diagnóstico psiquiátrico, el control estricto de cualquier relación social con el mundo y el estricto cumplimiento de las normas de subordinación ante la autoridad médica implica gradualmente un proceso de degradación de la persona. Sin sus referencias personales, hábitos y relaciones sociales, el proceso de despersonalización, culmina con la identificación de su condición de diagnosticadas/os psiquiátricas/os, contribuyendo así en bastantes ocasiones, a una relación de dependencia con el sistema de salud.

En esta lógica del paciente caben por tanto las lógicas de reproducción pasiva, de alguien que entrega su cuerpo a otro ente, que es experto y que le asiste. Muchas veces en las entrevistas, aprecié cómo aparecen estas dinámicas, porque pareciera real el temor a cambiar la lógica autoritaria y casi sacra de auto-reproducción médica y clásica del sistema de salud mental. Esto sucede probablemente, porque se pondría en riesgo una relación unilateral, a cambio de un principio de autonomía de quien tiene un diagnóstico psiquiátrico con derecho a hablar y abrir puertas, exigiendo más rendición de cuentas en igualdad de condiciones, como lógica basada en las necesidades de las/os usuarias/os.

Sin duda todo ello es un proceso complejo, y digo complejo, porque se trata de un proceso cargado de contradicciones, como el que expresan los discursos de las personas con diagnóstico psiquiátrico, cuando se muestran y reiteran su cercanía y comodidad con el discurso médico tradicional de salud mental congregada en la figura del médico y el uso de medicamentos como terapia. El lugar que ocupa esto en sus vidas es central, importante y a veces incluso hay momentos para cuestionarlo, no obstante lo tienen incorporado en sus vidas, en sus planes, en su diseño de futuro, etc. Este también es un aspecto a considerar cuando hablamos de querer cambiar un enfoque o un modelo de atención. Se debe tener claro que, para iniciar una deconstrucción histórica del modelo biomédico, es necesario atender como la producción discursiva, se disemina en todo el cuerpo social e individual y no sólo en los equipos médicos y otras/os profesionales de la salud, sino también en las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo cual, representa un gran desafío a la hora de querer revertir cualquier lógica de medicalización, institucionalización y biologización de la salud mental.

Si bien prevalece esta mirada más asilar o medicalizada, igualmente hay bastante presencia de discursos que rescatan la importancia de lo social, y en ello también se ve una pequeña simiente desde la cual se pueden iniciar procesos de transformación social. En este contexto, el discurso social, releva el rol de las redes sociales, la importancia de los barrios y su organización y en cómo pueden ayudar a derribar muros y prejuicios hacia el tema de la salud mental. En la gran parte de discursos encontrados vinculados a este tema, se reconoce esta área como un ámbito de satisfacción cuando se encuentra desarrollada a plenitud, dejando en claro por tanto, que ésta sí es una vía adecuada para seguir el proceso de la

desinstitucionalización, tal como señalaba Basaglia (1985) indicando que todos estos estados son condiciones humanas y que su acogida o tratamiento es una función de todas/os en la sociedad. Desde la posición de sujeto más social también se abren más opciones a redes de protección y cuidado, que son más horizontales que las que suelen establecerse desde la medicina o la familia y todo este tipo de consejos, colaboraciones o ayudas se perciben mucho mejor porque son menos unilaterales y avasalladoras.

SÍNTESIS

En resumen y con dificultades para situar estas afirmaciones como conclusiones, puedo señalar que la reflexión que realizo con esta tesis contribuye directamente a problematizar a la psiquiatría y a la psicología, a las ciencias psi y a su rol en el establecimiento de lo que se entiende por salud en el actual sistema, una función altamente productiva y regulativa (Rose, 2007), que establece cuáles son las subjetividades aceptadas y rechazadas en salud mental.

Los resultados fueron sorprendentes, porque en un principio imaginé que iba a encontrar mucha mayor resistencia por parte de las/os involucradas/os. Sin embargo no fue así. En cambio, puedo apreciar un entramado de subjetividades que a veces asoman en estratégicos contextos de sujeción, que no se reducen a estar a favor ni en contra, sino buscando posicionarse para enfrentar el proceso de reforma en salud mental.

Muy poco se ha cambiado desde el sistema asilar, porque se siguen reproduciendo subjetividades que no aportan al bienestar ni a los indicadores de salud de las personas. La posición de paciente, conlleva a la victimización y ello a su vez a la imagen deteriorada de las personas con diagnóstico psiquiátrico, es decir, como personas incapaces, desvalidas, dependientes. Esto se complementa con mucho paternalismo que se mantiene por la reproducción de lo institucional, lo jerárquico y el poder de la medicina frente a lo social.

De esta forma, una vez observados y problematizados estos diversos puntos de análisis, paso a repensar la pregunta de investigación que funda este trabajo ¿La desinstitucionalización contribuye o no a mejorar la atención en salud mental y a los supuestos de superar el estigma y cronificación de las personas con diagnóstico

psiquiátrico? Y bien, después de lo analizado, la respuesta es NO, porque no existe un cambio de fondo con un modelo que implica posicionar la desinstitucionalización fuera de los márgenes exclusivamente médicos y de las lógicas del neoliberalismo. Sin un cambio en este sentido, la desinstitucionalización conserva mucho del sistema asilar, de forma más encubierta, a modo de re-institucionalización como señalaban Burrell y Trip (2011) o Szasz (2007) que deviene en señalar que urge un cambio profundo en la mirada que se tiene sobre la misma.

Es necesario cortar con la reproducción del poder médico, ampliarlo a las profesiones sociales y a las familias cuidadoras que tienen un capital emotivo enorme para el logro de objetivos. Es necesario introducir el cuestionamiento en la forma de ver y pensar a las personas, fuera de la lógica del capitalismo a las que han aportado, entre otras, la psicología, así como a la idea que es imposible sostener una sociedad fuera del modelo neoliberal. La aceptación del statu quo médico en salud mental tiene que ver con una reflexión que no se hace ni propicia, a pesar que muchas de las cosas de ese statu quo no gustan. Esto sería imprescindible de introducir en cualquier reforma de salud mental.

Si bien, pareciera estar encubierto en este entramado, se cumple el objetivo del gobierno a distancia que señala Rose (2007). Ahora se pide a las personas actuar y evaluar sus cuerpos y mentes en función de los parámetros médicos, y no sólo eso, todo el sistema de salud mental solicita a sus profesionales, evaluar, diagnosticar y tratar con los sistemas de medición biológicos. Esas son las prestaciones que se pagan, se contabilizan y se muestran. El resto se hace invisible.

En el discurso de la vida cotidiana, la psicología y la medicina se halla presente en todas sus formas, de modo que se produce y mantiene permanentemente el mandato explícito e implícito de controlar y equilibrar cualquier estado anímico que no tenga relación con estas formas de subjetivación que promueve la salud mental, en coherencia con la filosofía neoliberal, la cual nos entrega un ideal de ser humano competente, libre, productiva/o e independiente.

En lo que respecta a la desinstitucionalización, el discurso médico y el productivo son permanentes entre quienes participan del proceso, lo que se aprecia con toda nitidez como una tensión con el modelo que se supone más social, inclusivo, participativo y comunitario. ¿Qué está pasando con la

desinstitucionalización, cuando la OMS, la psiquiatría y el capitalismo colonizan esta única forma de ver la salud mental?

En suma, la construcción de sociedad se conecta con la filosofía neoliberal para su reproducción y mantención, de manera que la posibilidad que brinda para la desinstitucionalización sería el énfasis en la autonomía individual. No obstante, para el tipo de trabajo que se debería realizar en salud mental es fundamental que las personas desarrollen sus redes sociales hacia la comunidad como plantean Sepúlveda (1998), Rojas Varela (2005) y Donoso (2005).

A continuación, en las conclusiones en movimiento de esta tesis, sigo trazando líneas de fuga que me permitan reflexionar más sobre los resultados.

CONCLUSIONES EN MOVIMIENTO

*A través de su gato
la porcelana observa y vigila también
el immaculado color blanco de sí misma,
sabiendo que para él ese color es el símbolo pavoroso
de infinitas reencarnaciones futuras
(Juan Luis Martínez
del poema 'La probable e improbable desaparición
de un gato por extravío de su propia porcelana')*

Me gustaría comenzar por las sorpresas que me dio este trabajo. No hablo sólo de las contingencias que detallé en el apartado de metodología. Al inicio mi intención era hacer un trabajo crítico, ser capaz de problematizar algo que en general se apoya en su forma, pero que se cuestiona en su contenido.

La reflexividad me obliga a reconocer que partí de una noción colonial (Said, 2002; Montes y Busso, 2007; Grosfoguel, 2013), esto es, desde mi privilegiada posición de estudiante becada. Pensé encontrar más rupturas y fisuras contra el sistema psiquiátrico, que considero autoritario y unilateral. Sin embargo, lo que hallé fueron construcciones mucho más complejas sobre la salud mental y el sistema que lo sostiene.

Desde mi privilegiada posición, al parecer iba a caer en la llamada romantización de la locura, más y no obstante este largo camino, que inicié en 2008, me ha demostrado que hay muchas otras capas y presentaciones, además de la de cuestionar simplemente el modelo psiquiátrico.

Como consecuencia de estos cambios, ahora veo que es altamente complejo y diverso el panorama de salud mental, con su base psiquiátrica/médica/ psicológica y social. Sin duda el accidente de haber nacido en Occidente, me ha impuesto unas gafas coloniales, las que he tratado de quitarme en este trabajo (Montes y Busso, 2007).

Todos los antecedentes que mencioné son narrativas e historias desde la salud mental occidental, hegemónica, universal, que localiza su poder desde la medicina occidental y desde la OMS (2001) que como organismo internacional occidental extiende su ideología y fundamentos hacia los países que les siguen. Los resultados muestran que si bien se identifican problemas en estas concepciones, no existe un cuestionamiento radical a la forma de hacer salud mental. ¿Son éstas las

configuraciones del poder neocolonial en salud mental? ¿Demuestra esto que es eficiente el gobierno a distancia como el que nos plantea Rose (2007)?

A través de este trabajo he podido vislumbrar también qué o quienes establecen las reglas del juego en donde se mueve la desinstitucionalización, es decir, el centro, la periferia, los márgenes, y también cómo este orden se introduce en nuestras vidas de manera tal, que seguimos las normas sin modificarlas, o sin producir *el acontecimiento* como señala Žižec (2008), manteniendo el statu quo permanente que alimenta además el modelo neoliberal.

No obstante, hay experiencias que muestran que es posible abrir puntos de fuga en estas hegemonías. Desde la teoría postcolonial se puede hacer crítica creando lenguajes y alternativas, puesto que 'somos conscientes de que no es posible entender la salud o la enfermedad mental sin una consideración del contexto histórico en el que se han ido desarrollando las diferentes concepciones de lo normal y lo patológico' como dicen Álvaro, Torregrosa y Garrido (1992, pág. 1).

De este modo, es así como he revisado medianamente cómo la visión médica se ha impuesto en el tema de salud mental, pese a que desde hace mucho tiempo se trata de resolver a nivel social. Y no basta con decir que se trata de complementar y no excluir la una de la otra, porque pese a todo, siempre acaba imponiéndose la versión biologicista de salud, ya sea porque es lo que conviene al sistema social, útil para el gobierno a distancia, o para fijar ciertas subjetividades como ideales de ser humano que justamente calzan con el proyecto de capitalismo global: ser competitiva/o, emprendedor/a y auto-controlada/o.

Otro punto a considerar es ver como la salud aparece como un bien social, desde la OMS (2001) y los países, con sus actividades de promoción y prevención, con una filosofía que se basa en la universalización e integralidad de la asistencia y como un derecho que necesita otra organización dentro del aparato del Estado. En este sentido, ha resultado muy tentador para el mundo privado querer hacerse cargo de este ámbito y cada vez más, por influencia del modelo neoliberal, se hace más difícil implementar programas que se centren en la comunidad y que superen la visión individual del riesgo, porque todo el sistema lleva a lo contrario (Desviat, 2007; De la mata, y Ortiz 2007). Frente a la psicologización de la vida, propia del

modelo neoliberal, el resultado salta a la vista, las personas son más asociales, aisladas, se fomenta la idea del 'con-su-mismo' es decir, de ser individual, en donde, la noción de interdependencia es secundaria.

Relacionado a ello, no obstante este entramado del modelo neoliberal, Grosfoguel (2013), señala que nuestro sistema-mundo no es sólo económico, sino que se trata de una civilización que tiene dentro de sí un sistema económico enredado con múltiples jerarquías de poder, pero que no es un sistema económico en sí mismo. Si esto fuese así, presupondría que solamente hay dos jerarquías de poder, que si se resuelven, se resuelve todo. Por tanto, para descolonizar la economía política Castro-Gómez y Grosfoguel (2007) identifican quince jerarquías de poder globales en un entramado enredado y complejo de relaciones de poder que no se agotan con el tema de la economía o del sistema interestatal global. Por ejemplo, el análisis nos lleva a ver que hay jerarquías de poder globales que son raciales, que son de género, sexuales, epistémicas, pedagógicas, artísticas, estéticas, lingüísticas, espaciales, ecológicas, médicas, raciales, de medios de comunicación, y entonces todo este entramado de jerarquías de poder globales, forman un sistema heterárquico como parte de una civilización.

En consecuencia, si queremos ir más allá y plantearnos una lucha radical contra esta civilización o este sistema-mundo, que constituye una civilización y no solamente un sistema económico, debemos velar porque no se reproduzcan los ejes de poder múltiples que forman parte de esta civilización. Es decir, si estamos luchando contra el capital, nos tenemos que organizar de una manera antisexista, antirracista, antieurocentrica, anticristianocéntrica, anticolonial, etc. Grosfoguel (2013) se rehúsa a seguir hablando de capitalismo global, sistema-mundo capitalista o modo de producción capitalista y aboga por nombrar a nuestra civilización, para hacer visible lo que en la anterior conceptualización se invisibiliza, como sistema mundo capitalista patriarcal occidentalocéntrica cristianocéntrica moderno colonial.

Siguiendo a Castro-Gómez y Grosfoguel (2007) pienso por tanto, ¿es el modelo neoliberal el que efectivamente sustenta toda la situación de salud mental recientemente analizada, o debiera pensar más en el sistema heterárquico? Sin duda me inclino por esta última opción, que nos ayuda a repensar en las relaciones de poder que se desarrollan en el ámbito y que han disminuido e invisibilizado el

potencial de las personas con diagnóstico psiquiátrico, así como a sus familias. Esto es arbitrario, unilateral y de tal forma se ha introducido en nuestros cuerpos y vida cotidiana. En este sentido, es palpable el hecho de encontramos en medio de una era biomédica (Rose, 2008), neoliberal, occidentalocéntrica, cristianocéntrica, patriarcal, colonial (Grosfoguel, 2013) y a este tipo de cuestiones son las que aluden los resultados de mi tesis.

No basta con hacer frente a las exclusiones y estigmas de las personas con diagnóstico psiquiátrico desde un solo punto de vista. Para producir el verdadero acontecimiento, como dice Žižec (2008), se requiere radicalidad, que cada parte se ponga en tensión y no siga en su lugar. Para ello deberíamos ser capaces de establecer diálogos epistémicos múltiples como dice Grosfoguel (2013) puesto que no basta con desmontar, sino que hay que construir y para eso se necesita pensar un mundo más allá de lo que implica la descolonización. Para el caso de la salud mental y su reforma en la atención, coincido en que al final se trata de una especie de reinstitucionalización que sigue normas biomédicas e institucionales, que en Chile son marcadamente jerárquicas, por lo que no pueden estar más alejadas de un modelo en red, horizontal o comunitario.

Para finalizar, me gustaría mencionar los límites y posibilidades que tiene este trabajo de investigación. Los límites tuvieron que ver con mi desempeño en el trabajo de campo, las presuposiciones a priori que hice sobre el mismo y todas las otras miradas que probablemente quedan aquí invisibilizadas en mis parciales y acotados análisis. Aprendí que realizar un diseño de investigación no debe cerrarnos, sino más bien, bosquejar las acciones que podrían desarrollarse. Es decir, darle un poco de flexibilidad para no caer en contradicciones epistémicas. Otra limitación, fueron los juicios a priori que hice sobre la situación de salud mental, y aquí rescato lo que desarrollé en el apartado de reflexividad ¿por qué tendrían que pensar como yo las personas que co-participantes y protagonistas del estudio? Claramente es una posición colonial, así como el presuponer que ‘rescato voces o miradas’ que han estado invisibilizadas. Lo que se desarrolla aquí en mi trabajo de tesis tiene el alcance y el límite dado por mi historia de privilegios, por lo tanto, todo lo que logre visualizarse más allá de este enfoque que me ciñe, espero que al menos sirva como aporte a la discusión. Las posibilidades de esta tesis pueden orientarse hacia la reflexión de las prácticas en salud mental, tanto a nivel de pre y post grado, así como también en los equipos de profesionales y

directivos en jornadas de capacitación en el área, e igualmente con las familias y las propias personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico.

Pienso que se requiere una reflexión que al menos sincere que nuestro sistema-mundo actual lleno de jerarquías de poder, médicas, económicas, occidentales, dificulta en su base al proyecto comunitario de desinstitucionalización y mientras ello no cambie será difícil obtener los resultados que se esperan en el ámbito de salud mental: mejorar calidades de vida, disminuir los estigmas y prejuicios sociales entre otros.

Para mí este tipo de cuestionamientos y ojalá muchos otros, que hoy desconozco, son los que más pueden empezar a derretir los glaciares de poder de nuestro océano social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advi, E. & Georgaca, E. (2007). Discourse analysis and psychotherapy: A critical review. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, June 2007; 9(2): 157–176.
- Alexias, G. (2008). Medical Discourse and Time: Authoritative Reconstruction of Present, Future and Past. *Social Theory & Health*, 2008, 6, 167–183.
- Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Textos de docencia universitaria. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile: RIL editores.
- Alvarado, R; Minoletti, A; Torres, F; Moreno, B; Madariaga, C; y Sepúlveda, R. (2012). Development of Community Care for People with Schizophrenia in Chile *International Journal of Mental Health*, vol. 41, no. 1, Spring 2012, pp. 48–61.
- Álvaro, J; Torregrosa, J. y Garrido, A. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI
- Antaki, Ch. (1998). *Identities in talk*. London: Sage.
- Araya, R; Rojas, G; Fritsch, R; Frank, R. & Lewis, G. (2006). Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile. *Am J Public Health*, 2006; 96:109–113.
- Arribas-Ayllon, M. & Walkerdine, V. (2008). Foucauldian Discourse Analysis. In: Willig, C. & Stainton-Rogers, W. [Eds.] (2008) *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: Sage publications.
- Arrigo, B; & Williams, Ch. (1999). Chaos theory and the social control thesis: a Post-Foucauldian Analysis of mental illness and involuntary confinement. *Social Justice*; Spring 1999; 26, 1; ProQuest Sociology, pg.177.
- Askenazy, P; Coutrot, T; Orléan, A., y Sterdyniak, H. (2011). *Manifiesto de economistas aterrados*. 3ª edición. Traducción: Santiago Martín Bermúdez. España: Pasos Perdidos y Barataria.
- Austin, J. L. (1967). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós. 1982
- Atkinson, J.M. & Heritage, J. (eds) (1984). *Structures of social action* Cambridge: Cambridge University Press
- Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays*/translated by Vern W. McGee; Emerson, C. & Holquist, M. Austin [Eds.]: University of Texas Press, cop.

- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. & Tindall, C. (2004). *Métodos cualitativos en psicología. Una guía para la investigación*. México: Universidad de Guadalajara
- Basaglia (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Basaglia, F. (1972). *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* [selección de textos de: Franco Basaglia, Franca Basaglia Ongaro selección, revisión y notas: Ramón García; [traducción: María Urpina, Nuria Pérez de Lara y Ramón García]. Barcelona: Anagrama
- Bassi, J. (2011). *El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para su uso por seres humanos*. Ponencia presentada en el VI Congreso Chileno de Psicología, Santiago de Chile. (paper)
- Berger, P. & Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Madrid: Amorrortu – Murguía.
- Bertolote, J.M. (2008). Políticas de Salud Mental, raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)* 6:2. Septiembre, 2008 113-116
- Bhabha, H. (1996). Cultures in Between. In: *Questions of Cultural Identity*, S. Hall y P. Du Gay (eds.): London, Sage Publications.
- Billig, M. (1996). *Arguing and Thinking: A Rhetorical Approach To Social Psychology* Revised Edition. Cambridge: University Press
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. London: Sage.
- Boréus, K. (2006). Discursive Discrimination A Typology. *European Journal of Social Theory* 9(3): 405–424 Sage Publications: London, Thousand Oaks, CA and New Delhi.
- Boschma G. (2007). Accommodation and resistance to the dominant cultural discourse on psychiatric mental health: oral history accounts of family members. *Nursing Inquiry* 2007; 14: 266–278.
- Brêda, M. Z. (2006). *La asistencia en salud mental: los sentidos de una práctica en construcción*. Tesis presentada para optar al Grado de Doctora en Enfermería Psiquiátrica Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- Burman, E. (1998). The child, the woman and the cyborg: (im)possibilities of feminist developmental psychology, in Henwood, K., Griffin, C. and Phoenix, A. (eds) *Standpoints and Difference: Essays in the Practice of Feminist Psychology*. London: Sage.
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.

- Burrell, B. & Trip, H. (2011). Reform and community care: has de-institutionalisation delivered for people with intellectual disability? *Nursing Inquiry*, 2011; 18 (2): 174-183.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- Cabruja, T. (1991). *Versions de la postmodernitat i propostes sobre l'individu*. Tesis presentada para optar al Grado de Doctora en Psicología social. <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5472/TTCU2de4.pdf?sequence=2> (consultada el 10-10-11).
- Cabruja, T. (1996). Posmodernismo y subjetividad: construcciones discursivas y relaciones de poder, en: Gordo-López y J. L. Linaza (eds) *Psicología, discurso y poder: metodologías cualitativas, perspectivas críticas*. Madrid: Visor
- Cabruja, T; Íñiguez, L. y Vázquez, F. (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi*, 25:61-94 [http://ddd.uab.es/pub/analisi/02112175n25p61.pdf]
- Cabruja, T. (2003). Astucias de la razón y psicología crítica: condiciones de erotismo-seducción, prácticas de tokenismo y resistencias ético políticas. *Política y Sociedad*. Vol. 40, pp 141-153.
- Cabruja, T. (2003). *Sociogénesis de la psicología científica*. Barcelona: UOC.
- Cabruja, T. (2005). Psicología, racionalidad moderna y prácticas de producción de la diferencia normal-patológico. En: Cabruja, T. (editora) *Psicología: Perspectivas deconstruccionistas, subjetividad, psicopatología y ciberpsicología*. Barcelona: UOC. Capítulo III Págs. 115-166.
- Cabruja, T. y Garay, A. (2005). Introducción al desarrollo sociohistórico del conocimiento psicológico científico. Sociedad, historia, psicología y subjetividad. En: Cabruja, T. (editora) *Psicología: Perspectivas deconstruccionistas, subjetividad, psicopatología y ciberpsicología*. Barcelona: UOC. Capítulo I Págs. 17-60.
- Cabruja, T. (2006). Mentas Inquietas/Cuerpos Indisciplinados. En: M. Torras, M. (ed) *Corporizar el pensamiento: escrituras y lecturas del cuerpo en la cultura occidental* (p. 69-92). Pontevedra: Mirabel Editorial.
- Cabruja, T. (2008). ¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana. *Pro-Posições*, v. 19, n. 2 (56) - maio/ago. 2008

- Cabruja, T. y Fernández-Villanueva C. (2011). Psicologías feministas: Perspectivas críticas, posmodernas y radicales. En: Ovejero, Anastasio y Ramos, Júpiter (coords) (2011) *Psicología Social Crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva, S. L. 83- 97
- Cabruja-Ubach, T. (2013). Avenços i reptes actuals de la recerca interdisciplinària sobre (psico) despatologització: tan lluny, tan a prop. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 7-20. Extraído el [15] de [06] de [2013], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1170>
- Canals, J. (1985). Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. Barcelona, *Rev. JANO n° 660-H*, vol. XXIX (pp. 365-372).
- Caqueo-Urizar, A; Gutiérrez-Maldonado, J; Ferrer-García, M., y Miranda-Castillo, C. (2012). Coping strategies in Aymara caregivers of patients with schizophrenia. *J Immigrant Minority Health* (2012) 14:497-501.
- Castel, R; Donzelot, J; Foucault, M; De Gaudemar, J-P; Grignon, C., & Muel, F; [Traducción: Álvarez-Uría, F.] (1991). *Espacios de poder*. Madrid: Las ediciones de La piqueta, n° 6 Madrid.
- Castillo; M; Urdapilleta; I., Petitjean, F., Sez nec, J., & Januel, D (2008). L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. Announcing a diagnosis of schizophrenia. *Annales Médico Psychologiques* 166 (2008) 599–605.
- Castro-Gómez, S. y Grosfoguel, R. (2007). Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. En: Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel (eds.) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. pp. 9-23. Bogotá: Iesco-Pensar-Siglo del Hombre Editores.
- Celedón C. y Noé M. (2000). Reformas en el sector salud y participación social. *Revista OPS*, Número Especial sobre Reformas.
- Césaire, A. (2006) *Discurso sobre el colonialismo*. Madrid: Akal
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatric*. Vol. 57 (2). Feb. 2012.
- Chowdhury, M. & Benson, B. (2011). Deinstitutionalisation and quality of life of individuals with intellectual disability: a review of the international literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Volume 8, number 4, pp.256-265 December 2011.
- Conde, F. (1994). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias En: Juan Manuel Delgado y Juan

- Gutiérrez (Eds) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (pp.53-68) Madrid: Síntesis
- Condillac, R; Griffiths, D. & Owen, F. (2012). Processes and outcomes of deinstitutionalisation in Ontario: the facilities initiative study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2012 IASSID World Congress. Populations, Community, and Service Systems. Page.781.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Traducción de Jorge Piatigorsky. Barcelona: Paidós
- Davidson, P., DiGiacomo, M. & McGrath, S. (2011). The Feminization of Aging: How Will This Impact on Health Outcomes and Services? *Health Care for Women International*, 32:12, 1031-1045
- De la Mata, I. & Ortiz, A (2007). La colonización psiquiátrica de la vida *Revista Archipiélago, Numero 76, Septiembre, 2007*.
- Délano, M. y Traslaviña, H. (1989). *La herencia de los Chicago Boys*. Santiago: Las ediciones del ornitorrinco.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds) (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Edition 3rd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, cop.
- Derrida, J. (1997). El tiempo de una tesis. En: *Deconstrucción e implicaciones conceptuales*. Traducción de Patricio Peñalver Barcelona: Proyecto A Ediciones, 1997, pp. 11-22. Edición digital de Derrida en castellano.
- Derrida J. (2001). *La deconstrucción en las fronteras de la filosofía*. Barcelona. Paidós.
- Desviat, M. (2007). Crítica a la razón psiquiátrica. *Revista Archipiélago. Numero 76, Septiembre, 2007*.
- Desviat, M. (2007). Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria 2007; 3; 1: 88-96*
- Desviat, M. y Fernández, A. (2000). Salud mental comunitaria como estrategia o utopía. *Psiquiatría Pública, volumen 12, número 1. pág. 7-8*
www.dinarte.es/salud-mental issn: 0213-8972. svr: 553
- Díaz, F; Erazo, J., y Sandoval, C. (2008). Actuales Políticas Públicas para la Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. *Revista de Psicología, Vol. XVII, N° 1, 2008, Universidad de Chile*.
- Donoso, N. (2005). Reforma de salud ¿oportunidad u obstáculo para la gestión participativa? Págs. 85-116 En: Universidad Arcis (2005) *Políticas sociales de la Concertación: Una mirada crítica*. Cuadernos Prácticas Sociales n° 4.

- Magíster en políticas sociales y gestión local, escuela de trabajo social.
Santiago: Universidad Arcis.
- Duschatzky, S. (2000). *Tutelados y asistidos: Programas sociales, políticas pública y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Edwards, D. (1994). An Analysis of Event Descriptions in Conversation. *Journal of Language and Social Psychology*. September 1994 vol. 13 no. 3 211-247
- Fairclough, N. (1989). *Language and power*. London: Longman cop.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Fanon, F. (1971). *Los condenados de la tierra*. Traducción Julieta Campos. Edición 2ª. México: Fondo de Cultura Económica
- Ferreirós, C.E. (2007). *Salud mental y derechos humanos: La cuestión del tratamiento ambulatorio Involuntario*. Cermi Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad: España
- Feyerabend, P. (1974). *Contra el método: esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Barcelona: Ariel
- Feyerabend, P. (1982). *La ciencia en una sociedad libre*. Madrid: Siglo XXI
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Florenzano, R. (2008). Información epidemiológica para La formulación de políticas en salud mental: El caso chileno. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XVII p. 121-129
- Forster, R. (2000). Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung- soziologisch gedeutet. *Psychiatrische Praxis*, 27(SH2), 39–43.
- Forrester-Jones, R; Carpenter, J; Cooen-Schrijner, P; Cambridge, P; Tate, A; Hallam, A; Beecham, J; Knapp, M. & Woof, D. (2012). Good friends are hard to find? The social networks of people with mental illness 12 years after deinstitutionalisation. *Journal of Mental Health*, February 2012, 21 (1): 4-14
ISSN: 0963-8237 print
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica*. Colombia: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. et al. (1991). *Espacios de poder* Madrid: La piqueta
- Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Introducción, traducción y edición de Ángel Gabilondo. Barcelona: Paidós Ibérica S.A

- Fuss, D. (1989). Leer como feminista (traducción de Pilar Godayol). En: Carbonell, N. y Torras, M. (1999) *Feminismos literarios*. Madrid: Arco/Libros, págs. 127-146.
- Gadamer, H. (1991.) *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme
- Garafulic, J. (1957). Evolución de la psiquiatría en Chile. En: Medina, E; Escobar, E; y Quijada, M. *De casa de orates a instituto psiquiátrico, antología de 150 años*. Santiago: Sociedad chilena de salud mental.
- García, R. (1995). *Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gates Cloyes, K. (2007). Prisoners signify: a political discourse analysis of mental illness in a prison control unit. *Nursing Inquiry*, 2007 14 (3): 202-211
- Gergen, K.J. (1991). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1963). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, M. (2012). El Peral Psychiatric Hospital: The long and winding road toward its conversion into a community psychiatric network. *International Journal of Mental Health*. Vol. 41 (1), 2012, 73-86.
- González, H., y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- González, O. (2007). Medicalización generalizada. *Revista Archipiélago, Número 76*, Septiembre, 2007.
- González, R. (2012). Más allá de la psicologización: estigmatizaciones naturalizadoras individuales y colectivas. *Teoría y crítica de la psicología 2*, 49-62 (2012). ISSN: 2116-3480.
- Goodman, L. (1961). Snowball Sampling. *Annals of mathematical statistics. Volume 32, Number 1 (1961), 148-170*. Extraído de <http://projecteuclid.org/DPubS?service=UI&version=1.0&verb=Display&handle=euclid.aoms/1177705148> (30-09-2012).
- Gordo, A. (2008). Análisis del discurso: los jóvenes y las tecnologías sociales. En: Gordo, A, y Serrano A. *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson educación.
- Grosfoguel, R. (2013). *¿Cómo luchar decolonialmente?* Entrevista de María Ruiz Trejo, 01/04/13 Diagonal Periódico.

- <https://www.diagonalperiodico.net/saberes/como-luchar-decolonialmente.html> Consultado el 08/04/13.
- Grue, J. (2009). Critical discourse analysis, topoi and mystification: disability policy documents from a Norwegian NGO. *Discourse Studies* 2009; 11; 305.
- Gumperz, J. (1988). *Discourse strategies*. Cambridge: University press.
- Hamden, A; Newton, R; McCauley-Elsom, K. & Cross, W. (2011). Is deinstitutionalization working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing* (2011) 20, 274-283.
- Happel, B; Hoey, W. & Gaskin, C. (2012). Community mental health nurses, caseloads, and practices: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing* (2012) 21, 131-137.
- Haraway, D. (1996). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. [traducción de Manuel Talens] Madrid: Cátedra.
- Hearing Voices Network (2013). <http://www.hearing-voices.org/>
- Henckes, N. (2011). Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis. *History of Psychiatry*, 22(2) 164-181. Reprints and permission: sagepub.co.uk/journalspermissions.nav
- Huertas, R. y Del Cura, M. (2004). Chiarugi versus Pinel, la carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont. Textos y contextos. *Frenia, Vol. IV-2-2004*. Págs. 109-133.
- Hui A. & Stickley T. (2007). Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59 (4), 416-426
- Husserl, E. [1859-1938] (1962). *Ideas: relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. México: Fondo de Cultura Económica
- Hymes, D. (1995). *Ethnography, linguistics, narrative inequality: toward an understanding of voice*. London, Washington, DC: Taylor & Francis.
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa.
- Illanes, M.A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública-Chile-1880/1973*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- Íñiguez, L. (2006). *Análisis del discurso, manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.
- Íñiguez, L. y Antaki, Ch. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.

- Jefferson, G. (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. In: Maxwell Atkinson, J. & Heritage, J. (Eds.) (1984) *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis* (pp.346-369). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jhangiani, S. J & Vadeboncoeur, J. A. (2010). Health Care 'As Usual': The Insertion of Positive Psychology in Canadian Mental Health. *Discourse, Mind, Culture, and Activity*, 17: 2, 169-184.
- Kielland, C. (2010). Deinstitutionalisation in Norway: the process, challenges and solutions. *Tizard Learning Disability Review*, 15(4), 15-21.
- Kitanaka, J. (2008). Diagnosing Suicides of Resolve: Psychiatric Practice in Contemporary Japan. *Cult Med Psychiatry* (2008) 32:152-176.
- Klein, N. (2008). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Argentina: Paidós.
- Knapp, M; Beecham, J; McDaid, D; Matosevic, T. & Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health and Social Care in the Community* (2011) 19(2), 113-125.
- Kristeva, J. (1978). *Semiótica 1 y 2*. Madrid: Fundamentos [1969].
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laborda, M., y Quezada, V. (2010). *Notas históricas de la psicología en Chile*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Laing, R.D (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin.
- Lenoir, R. (1974). *Les exclus, un Française sur dix*. Paris: Renes. Ed. Du Seuil
- Levinson (1990). *Pragmática*. Barcelona: Teide.
- Loukidou, E; Ioannidi, V. & Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2010). Institutionalized nursing staff: planning and developing a specialized educational framework that enhances psychiatric nurses' roles and promotes de-institutionalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17, 829-837.
- Liotard, J. F. (1987). *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. Madrid: Cátedra.
- Magallares Sanjuan, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.

Extraído el [31] de [marzo] del [2012], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816>

- Manzini, M. (2011). Understanding change in community mental health practices through critical discourse analysis. *British Journal of Social Work* (2011) 41, 645-667.
- Marçal, H; Kelso, F., y Nogués, M. (2011). *Guia per a l'us no sexista del llenguatge a la Universitat Autònoma de Barcelona*. Documento elaborado por el Servei de llengües de la UAB por encargo del Observatori per a la igualtat de la UAB. Barcelona: Servei de Publicacions de la UAB.
- Martin, L. & Ashworth, M. (2010). Deinstitutionalization in Ontario, Canada: understanding who moved when. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Volume 7, Number 3, pp 167-176, September 2010.
- Martínez-Leal, L; Salvador-Carulla, C; Linehan, C; Walsh, P; Weber, G; Van Hove, G; Määttä, T; Azema, B; Haveman, M; Buono, S; Germanavicius, A; Van Schrojenstein Lantman-De Valk; Tossebro, J; Carmen-Câra, A; Moravec Berger, D; Perry, J., & Kerr, M. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of intellectual disability research*. Vol. 55, part 9, Pages: 858-872, september 2001.
- Maxwell, J., & Heritage, J. (Eds.) (1984). *Structures of social action: studies in conversation analysis*. Cambridge: University Press
- Mayan, M. (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. Walnut Creek, Calif.: Left Coast Press.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2000). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago: Minsal
- Mcleod, C. & Bhatia, S. (2008). Postcolonialism and Psychology. In: Willig, C. y Stainton-Rogers, W. *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Chapter 32, Págs. 576-589. London: Sage
- Mcleod, J. (2000). *Beginning postcolonialism*. Manchester [etc.]: Manchester University
- Mead, G. [1863-1931] (1999). *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductivismo social*. Barcelona: Paidós.
- Medina, E. (1990). Panorama institucional de la psiquiatría chilena. En: Medina, E; Escobar, E; y Quijada, M. *De casa de orates a instituto psiquiátrico, antología de 150 años*. Santiago: Sociedad chilena de salud mental.

- Medina, E; Escobar, E; y Quijada, M. (2002). *De casa de orates a instituto psiquiátrico, antología de 150 años*. Santiago: Sociedad chilena de salud mental.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena. *Psykhe*, 2004, Vol. 13, N° 2, 187 – 199.
- Mental Health America (2013). *History of the Organization and the Movement*. Consultado el: 05/03/13. <http://www.mentalhealthamerica.net/index.cfm?objectid=DA2F000D-1372-4D20-C8882D19A97973AA>
- Mignolo, W. (2006). El giro gnoseológico decolonial: la contribución de Aimé Césaire a la geopolítica y la corpo-política del conocimiento. En: Césaire, A. *Discurso sobre el colonialismo*. Madrid: Akal
- Miles, M.B. & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Millet, K. (1975). *La política sexual*. Madrid: Aguilar.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile (2013). http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 18(4/5), 2005.
- Minoletti, A; Sepúlveda, R; y Horvitz-Lennon, M. (2012). Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. Lessons and Challenges. *International Journal of Mental Health*, vol. 41, no. 1, Spring 2012, pp. 21–37.
- Montenegro, M. y Pujol, J. (2008). Derivas y actuaciones. Aproximaciones metodológicas. En: Gordo, A. y Serrano, A. *Estrategias y Prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Prentice may
- Montero, M. (2010). Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana. *Revista Colombiana de Psicología*. Vol. 19, N° 2, p. 177-191, Julio-Diciembre 2010 ISSN 0121-5469 Bogotá, Colombia.
- Montero, M., y Serrano, I. (coords) (2011). *Historias de la psicología comunitaria en América Latina, participación y transformación*. Buenos Aires: Paidós.
- Montes, A., y Busso, H. (2007). Entrevista a Ramón Grosfoguel. *Polis*. 18, 2007. *Identidad Latinoamericana*. Puesto en línea el 23 julio 2012, consultado el 11 abril 2013. URL: <http://polis.revues.org/4040>

- Mouesca, J. (1988). *Los años de la dictadura. Plano secuencia de la memoria de Chile: veinticinco años de cine chileno (1960-1985)* Madrid: Eds. del Litoral, p. 159-178. pág web:
http://www.memoriachilena.cl//temas/documento_detalle.asp?id=MC00294
 31 consultada el 07/07/2010.
- Naranjo, C. (2001). Hospital de día en psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado de la situación en Chile. En: Facultad de Ciencias Médicas *Monografías de gestión en psiquiatría y salud mental*. Unidad de Psiquiatría. Universidad de Santiago de Chile.
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia*, vol. viii-2008, 9-32, issn: 1577-7200
- Organización de las Naciones Unidas (1991). *Principios para la protección de Personas Con Enfermedad Mental*. <http://www.onu.org>
- Organización de las Naciones Unidas (2007). *Convención internacional para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. <http://www.onu.org>
- Organización de los Estados Americanos (2001). *Recomendación de la comisión interamericana de DDHH sobre promoción y protección de derechos de personas denominadas con discapacidad mental*. <http://www.oea.org>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invirtiendo en salud mental*. Departamento de salud mental y abuso de sustancias: Suiza: WHO
- Organización Mundial de la Salud (2013). <http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela, 11-14 noviembre de 1990.
- Ortí, A. (1993). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En: García Ferrando, Ibáñez, J. y Alvira, F. [compiladores] *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Ovejero, A. y Ramos, J. (coords.) (2011). *Psicología Social Crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. London [etc.]: Routledge, cop.

- Parker, I. (1996). Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana. En: Gordo y Linaza (ed.) *Psicologías, Discursos y Poder*. Visor: Madrid (Págs. 79-92).
- Parker, I. (2007). La deconstrucción de la psicopatología en la investigación-acción. *Revista Archipiélago, Número 76*, Septiembre, 2007.
- Parker, I. (2008). Histórico, Personal y Político: Psicología y Revolución. *Revista de Psicología*. Universidad de Chile. Volumen XVII, N° 2, 2008 Págs. 95-119
- Parker, I. (2008). *Qualitative psychology: introducing radical research*. Maidenhead, England [etc.]: Open University Press.
- Parker, I. (Ed) (1998). *Social constructionism, discourse and realism*. London [etc.]: Sage, cop.
- Parker, I. (2010). *La Psicología como Ideología: Contra la Disciplina*. Madrid: Catarata.
- Paterson, B. (2007). A discourse analysis of the construction of mental illness in two UK newspapers from 1985–2000. *Issues in Mental Health Nursing, 28*:1087–1103, 2007, University of Stirling, Stirling, Scotland, UK Copyright Informa Healthcare USA, Inc.
- Paulson, G. (2012). *Closing the asylums: Causes and consequences of the deinstitutionalization movement*. US: McFarland & Co. Jefferson, NC.
- Perron, A; & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: nurses' discursive practices in corrections. *Nursing Inquiry, 2011; 18 (3)*: 191-204.
- Perry, J; Felce, D; Allen, D. & Meek, A. (2011). Resettlement outcomes for people with severe challenging behaviour moving from institutional to community living. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2011, 24, 1-17.
- Pichot, P; López, I; Aliño, J. y Valdés Miyar, M (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Potter, J. (1996). *La representación de la realidad social. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. London: Sage
- Reguillo, R (2000). Anclajes y mediaciones de sentido. Lo subjetivo y el orden del discurso: un debate cualitativo. *Revista de la Universidad de Guadalajara, No. 17, invierno, México*.
- Rodríguez, G; Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe. Capítulo IX La entrevista.
- Roets, G; Kristiansen, K; Van Hove, G. & Vanderplasschen, W. (2007). Living through exposure to toxic psychiatric orthodoxies: exploring narratives of

- people with mental health problems, who are looking for employment on the open labour market. *Disability & Society*, Vol. 22, No. 3, May 2007, pp. 267–281
- Rojas Varela, M. (2005). Una visión desde las organizaciones de familiares y usuarios: propuestas concretas. En: Egenau, P., y Chacón, S. eds. *Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social*. Págs. 139-148. Santiago: Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central.
- Rorty, R. (1983). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Rose, N. (1989). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London: Routledge
- Rose, N. (2006). *Politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Woodstock: Princeton University Press.
- Rose, N. (2007). Terapia y poder: techné y ethos. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. *Archipiélago, cuadernos críticos de la cultura*. Número 76/2007
- Rose, N. (2008). *Governing the present: administering economic, social and personal life*. Cambridge: Polity.
- Roselló, M. y Cabruja, T. (2012). Bio-Ciencia-Ficción: La Biologización de la Identidad en los Discursos Médicos y clínicos de la Transexualidad. *Quaderns de Psicologia*, 14(2), 111-123. Extraído el [28] de [05] de [2013], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1145>
- Rotelli, F., Leonardis, O., y Mauri., D. (2001). *Desinstitucionalización*. 2ª ed. Sao Paulo: Hucitec
- Ruiz Olabuénaga, J.I. e Ispizua, M.A. (ed.) (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Said, E. (2002). *Orientalismo*. Madrid: Debate
- Salazar, G. (1999). *Historia contemporánea de Chile. Tomo 1. Estado, legitimidad, ciudadanía*. Santiago de Chile: Lom
- Salazar, G. (2000). *Labradores, peones y proletarios*. Santiago de Chile: LOM
- Schutz, A. (1962). *El Problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu
- Scott, J. (1996). Historia de las mujeres. En Burke, P. *Formas de hacer Historia*. Alianza Universidad, Madrid.
- Scull, A. (1977). *Decarceration: Community treatment and the deviant: a radical view*. US: Prentice-Hall (Englewood Cliffs, N.J.

- Sepúlveda, R. (1998). Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. *Cuadernos médicos sociales* XXXIX, 3-4, 1998/16-21.
- Shotter, J. (2001). Realidades conversacionales: la construcción de la vida a través del lenguaje. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En: Galindo, L. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Págs. 277-346. México: Adisson Wesley Longman
- Šiška, J. & Beadle-Brown, J. (2011). Developments in deinstitutionalization and community living in the Czech Republic. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Volume 8, Number 2, pp. 125-133 June 2011.
- Slemon, S. (1994). The Scramble for Post-Colonialism. In: Tiffin, C. & Lawson, A. (eds.) *Describing Empire: Post-Colonialism and Textuality*. London: Routledge. pp: 15-32.
- Smark, C. & Deo, H. (2006). A Foucauldian gaze of mental institution accounting reality: "another brick in the wall". *Journal of American Academy of Business, Cambridge*. Mar 2006; 8, 1; ABI/INFORM Complete pg.202.
- Smith, J. (Ed) (2008). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. Second ed. Los Angeles [etc.]: Sage
- Speed, E. (2006). Patients, consumers and survivors: A case study of mental health service user discourses. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 28–38
- Spivak, G. Ch. (2009). *¿Pueden hablar los subalternos?* traducción y edición crítica de Manuel Asensi Pérez. Barcelona: Museo de arte contemporáneo de Barcelona.
- Stickley T., Hui, A., Morgan, J. & Bertram, G. (2007). Experiences and constructions of art: a narrative-discourse analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 783–790
- Szasz, T. (2007). *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. New Brunswick (USA) London (UK): Transaction Publishers
- Tezanos, JF. (1999). *Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades avanzadas. Un marco para el análisis*. Madrid: Sistema
- Vaccari, P. y Astete, M. (2011). Reseña de Ovejero y Ramos (2011) Psicología social crítica. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 77-80. Extraído el [30] de [05] del [2012], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1056>
- Vaccari, P; Astete, C., y Ojeda, P. (2012). Desinstitucionalización de la Salud Mental Pública en Chile: nuevos desafíos y algunos ejemplos sobre las experiencias

del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) y del Hospital De Día (HD) en la Comuna de Concepción. *Revista Pequén, Universidad del Bío- Bío*. N° 1, Volumen 2. Extraído el [30] de [11] del [2012], <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/5%20desintitucionalizaci%C3%B3n....docx.pdf>

- Valles, M. (1998). *Técnicas cualitativas de investigación social, Reflexión metodológica y práctica social*. Madrid: Síntesis
- Van Amerongen, A.P. (2011). Schizophrénie et société. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 169, Issue 3, April 2011, Page 170*
- Van Dijk, T. (Comp.) (1997a). *El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I: Una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa. 2002
- Vicente, B; Kohn, R; Saldivia, S. y Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1591-1599
- Vivado, A; Larson, C; y Arroyo, V. (1939). La asistencia psiquiátrica en Chile, su historia, estado actual, deficiencias y forma como debe ser encarada. En: Medina, E; Escobar, E; y Quijada, M. *De casa de orates a instituto psiquiátrico, antología de 150 años*. Santiago: Sociedad chilena de salud mental.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M. & Munk Laursen, T. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* (2011) 199, 453-458.
- Wai-chi Chan, S. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 25, N° 5* (October), 2011: pp. 339-349.
- Weber, M. [1864-1920] (1964). *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. 2ª Ed. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wetherell, M. (2001). Debates in Discourse Research. In: Wetherell, M; Taylor, S. & Yates, S. *Discourse, Theory and Practice: a reader*. London: Sage.
- Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (Ed) (2008). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Los Angeles [etc.]: SAGE Publications, 2008
- Willig, C. (2008). Discourse Analysis. In: Smith, J. [Ed.] *Qualitative Psychology A Practical Guide To Research Methods*. Second Edition. London: Sage Publications. Chapter eight: 160-185.

- Wing Yum Chan, B. & O'Brien, A.M. (2011). The right of caregivers to access health information of relatives with mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 34 (2011) 386-392.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. México: Universidad Nacional Autónoma. Instituto de Investigaciones Filosóficas; Barcelona: Crítica
- Young, R. (2001). *Postcolonialism: An Historical Introduction*. Malden: Blackwell.
- Žižek, S. (2008). *En defensa de la intolerancia*. Traducción de Eraso, J. y Antón, A. Madrid: Sequitur.

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....		
Rut.....	Edad.....	Fecha.....
En relación a mi participación en el estudio sobre políticas de salud mental, declaro que la estudiante de Doctorado en Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, España, Pamela Vaccari Jiménez, RUT: 15319175-1 Dirigida por la Dra. Teresa Cabruja i Ubach y tutorizada por el Dr. Juan Muñoz Justicia, del Departamento de Psicología Social de las Universidades de Girona y Autónoma de Barcelona de España:		
Me informó sobre los objetivos del estudio.		
Me informó sobre el porqué requiere de mi participación.		
Me informó sobre la técnica de estudio a utilizar: entrevista en profundidad (de aproximadamente 1 hora y grabada en audio digital).		
Me informó sobre los posibles efectos que podrían acontecerme durante y después de la entrevista.		
Me informó sobre las condiciones de confidencialidad de la entrevista.		
Me informó que los datos obtenidos en la entrevista serán utilizados para la realización de su Tesis Doctoral y para la difusión de contenidos en medios académicos, reservando estrictamente para ello mi identidad.		
Me informó que en mi calidad de participante del estudio podré acceder siempre a la información, conclusiones y análisis que resulten de esta investigación.		
Me informó que ante cualquier irregularidad vinculada a mi participación en este estudio, será responsabilidad de ella misma (la investigadora) solucionar los problemas al respecto.		
De acuerdo a lo anterior, determino y acepto participar voluntariamente del estudio aquí señalado, para lo cual dejo en constancia mi nombre y firma.		
Nombre y firma	Nombre y firma	
Pamela Vaccari Jiménez	Participante	

ANEXO N°2: CÓDIGOS DE TRANSCRIPCIÓN

“...”	Comillas	Quando alguien realiza una paráfrasis de las palabras de otra (o) o de sí misma (o)
...	Puntos suspensivos	Pausa breve de 1 o 2 segundos
(8)	Número entre paréntesis	Segundos de una pausa más extensa que 1 o 2 segundos
Hola	Subrayado	Énfasis en la sílaba o palabra
HOLA	Mayúsculas	Énfasis mayor que el subrayado
(↓)	Flecha hacia abajo	Baja la voz
(↓↓)	Doble flecha hacia abajo	Baja mucho la voz
(↑)	Flecha hacia arriba	Sube la voz
(↑↑)	Doble flecha hacia arriba	Voz muy fuerte
(☺)	Una cara	Sonríe
(☺☺)	Doble cara	Se ríe
(∅)	Círculo tachado	Inaudible
(ria)	Sílaba entre paréntesis	Frase que no ha finalizado