

Salud mental comunitaria:

apuntes para la construcción
de una hegemonía necesaria



Editorial
Universidad
Icesi

Salud mental comunitaria:

apuntes para la construcción
de una hegemonía necesaria



Salud mental comunitaria: apuntes para la construcción de una hegemonía necesaria

Omar Alejandro Bravo (Editor) y varios autores

Cali / Universidad Icesi, 2025

00 pp, 15,5 x 22,5 cm

ISBN 978-628-7814-22-6

Incluye referencias bibliográficas.

Palabras clave: 1. Salud mental 2. Psicología
3. Psicología social 4. Psicosociología

Clasificación Dewey: 150.19

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/aceh.16.2025>

© Universidad Icesi

Facultad de Ciencias Humanas

Primera edición, 2025.

Colección "...a conocer el hielo"

Rector

Esteban Piedrahita Uribe

Director Académico

José Hernando Bahamón Lozano

Decano Facultad de Ciencias Humanas

Jerónimo Botero Marino

Coordinador Editorial

Adolfo A. Abadía

Diseño y Diagramación

Natalia Ayala Pacini (nataliaayalapb@gmail.com)

Imagen de portada

Adaptación de obra:

Vincent Van Gogh. *A las puertas de la eternidad*.

Óleo sobre lienzo (1890)

Editorial Universidad Icesi

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

Teléfono: +57 (2) 555 2334

E-mail: editorial@icesi.edu.co

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

Publicado en Colombia – *Published in Colombia*

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

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

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

Salud mental comunitaria:

apuntes para la construcción
de una hegemonía necesaria

/Editor /

Omar Alejandro Bravo

Colección
“... a conocer el hielo”



Editorial
Universidad
Icesi



Universidad

Icesi

/ Índice /

13 **Prefacio**
Paulo Amarante

13 **Introducción**

I Las experiencias de España e Italia: entre conquistas, retrocesos y nuevos desafíos

17 / **Capítulo 1** /
Entrevista a Manuel Desviat (España)

37 / **Capítulo 2** /
Entrevista a Miguel Ángel Castejón (España)

85 / **Capítulo 3** /
Entrevista a Roberto Beneduce y Simona Taliani (Italia)

II Políticas de salud mental en Brasil y Argentina: una hegemonía conquistada frente a las amenazas actuales

123 / **Capítulo 4** /
Entrevista a Eduardo Vasconcelos (Brasil)

153 / **Capítulo 5** /
Entrevista a Teresa Onocko Campos (Brasil)

183 / **Capítulo 6** /
Entrevista a Magda Dimenstein (Brasil)

209 / **Capítulo 7** /
Entrevista a Daniel Goulart (Brasil)

237 / **Capítulo 8** /
Entrevista a Marcelo Marcucci (Argentina)

III Salud mental en Colombia: abriendo caminos para un cambio necesario

283 / **Capítulo 9** /
Entrevista a María Adelaida Arboleda Trujillo (Colombia)

305 / **Capítulo 10** /
Entrevista a Sandra Viviana Ríos Castañeda (Colombia)

333 / **Capítulo 11** /
Entrevista a Luis Fernando Muñoz (Colombia)

375 / **Capítulo 12** /
Entrevista a Elvis Siprian Castro Alzate (Colombia)

IV Hacer todo (lo) posible desde el compromiso y la recursividad

405 / **Capítulo 13** /
Entrevista a Boia Efraime Junior (Mozambique)

445 / **Capítulo 14** /
*Traducción de la Conferencia: “Resiliencia en medio
de la Adversidad”, a cargo de Samah Jabr (Palestina)*

463 **Conclusiones generales**

/ Prefacio /

Comienzo diciendo que es un honor para mí haber sido invitado a escribir el prefacio de este importante libro sobre salud mental comunitaria, que presenta análisis de procesos nacionales de políticas públicas en diversos países del mundo, con especial atención a América Latina.

En mis clases, conferencias, artículos y libros, he destacado el hecho de que el proceso brasileño, que denominamos reforma psiquiátrica, logró el cierre de 70 mil plazas en instituciones manicomiales. Hablamos de “plazas” porque en una parte significativa de esas instituciones ni siquiera había camas suficientes para el número de personas internadas; muchas de ellas dormían en el suelo, en los patios o en los pasillos.

Destaco que conseguimos retirar a miles de personas de esas instituciones insalubres —lugares de violencia y de irrespeto a la dignidad humana—, al mismo tiempo que impedimos que otras miles ingresaran a instituciones de ese tipo y comenzaran lo que Erving Goffman denominó la “carrera moral del enfermo mental”.

Esto fue posible porque la reforma psiquiátrica no realizó una desinstitucionalización entendida como sinónimo de deshospitalización o desasistencia, como ocurrió, por ejemplo, en políticas en las que el Estado se desresponsabilizó del cuidado. En Brasil se crearon más de 3.000 Centros de Atención Psicosocial (CAPS), como se podrá verificar en las páginas que siguen, además de una serie de otros dispositivos y estrategias de desinstitucionalización concebidos como desconstrucción del paradigma psiquiátrico y como implantación de una política de cuidado en libertad. Esta política va más allá de la atención psicosocial: se configura como una política pública de ciudadanía, derechos humanos y construcción democrática.

“Salud mental comunitaria: notas para la construcción de una hegemonía necesaria” nos presenta una amplia gama de posibilidades existentes en el campo de la salud mental como políticas públicas de diversos países, construidas y reflexionadas a partir de múltiples miradas de actores que comprenden la reforma psiquiátrica como un proceso social complejo, no restringido a las propuestas asistenciales, a la introducción de nuevas

tecnologías o a la legislación, sino como un proceso de crítica epistemológica, además de una toma de posición en defensa y promoción de la vida, y no en inocuas soluciones preventivistas de los trastornos mentales.

Especialmente a partir de la situación de Palestina, es oportuno tejer algunas consideraciones sobre la importancia de la dimensión epistemológica de la reforma psiquiátrica, dimensión que generalmente se mantiene al margen de las reflexiones críticas. En todo el mundo se habla del impresionante aumento del número de personas con “trastornos mentales”, sin siquiera revisar este concepto, aceptado de manera acrítica incluso por autores y sectores progresistas.

El texto introductorio al capítulo referente a la clasificación de los trastornos mentales advierte que este término se utiliza solo en esa sección, en sustitución del término “enfermedad”, que es el utilizado en el resto de la clasificación, llamada Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Curiosamente, el texto señala que:

“El término ‘trastorno’ se utiliza a lo largo de la clasificación con el fin de evitar problemas aún mayores inherentes al uso de términos como ‘enfermedad’ o ‘dolencia’. ‘Trastorno’ no es un término exacto, pero se utiliza aquí para indicar la existencia de un conjunto de síntomas o comportamientos clínicamente reconocibles, asociados, en la mayoría de los casos, con angustia e interferencia en las funciones personales”. (Clasificación CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, OMS, Medical Arts: Porto Alegre, 1993, p. 05)

De esta manera, se observa una aceptación casi silenciosa y acrítica del asombroso aumento de los “trastornos mentales”, sin que se discuta que esto constituye un proceso de medicalización de la vida social, o más precisamente, de patologización. Si los actores y autores de las políticas públicas no denuncian ni cuestionan este proceso, no habrá límite para el crecimiento de una demanda especializada de tratamientos, lo que solo favorece al establishment psiquiátrico y su alianza mercantilista con la industria farmacéutica.

El caso del aumento generalizado del sufrimiento en Gaza —y en particular de los suicidios relatados en este libro—, como tantos otros, son interpretados como “trastornos mentales” por las clasificaciones psiquiátricas, enmascarando la verdadera condición de una violencia histórica estructural, genocida, que ocurre en esa sociedad bajo el silencio, la connivencia y la omisión —prácticamente universales— de Estados y entidades internacionales.

La situación de Gaza nos permite reflexionar, en general, sobre cómo el proceso de medicalización/patologización oculta estrategias y prácticas de opresión, de pérdida de derechos y de ciudadanía, en una sociedad cada vez más víctima de un capitalismo salvaje y brutal, donde, como se puede percibir, el neoliberalismo no se reduce a una política económica, sino que es una ideología de dominación y explotación humana a través de la individualización de las cuestiones sociales como si fueran problemas patológicos.

Las reflexiones de los entrevistados de Argentina, Brasil, España, Italia, Mozambique y Palestina contribuirán enormemente al proceso colombiano, que aún se encuentra en una etapa incipiente y que, por eso mismo, se beneficiará ampliamente de las contribuciones presentes en este libro.

Este es un libro-herramienta para la reflexión, la consulta y la crítica. ¡Deseo a los lectores un excelente provecho!

PAULO AMARANTE

Investigador y Profesor Senior del Laboratorio de Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Atención Psicosocial de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) y del Centro de Estudios Estratégicos (CEE), ambos de la Fundación Oswaldo Cruz, en Río de Janeiro, Brasil. Presidente de Honor de la Asociación Brasileña de Salud Mental (ABRASME). Doctor Honoris Causa por la Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo y profesor de los programas de Doctorado, Maestría y Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, del Programa de Maestría y Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Córdoba, e investigador colaborador de la Universidad Nacional de Villa María y de la Universidad de la República del Uruguay (UDELAR). Autor de *Locos por la vida* (Ediciones Madres), *Superar el manicomio* (Topia Editorial) y *Locura y transformación social* (Ed. UNLA y Ed. UDELAR).

/ Introducción /

Este libro que aquí se presenta, titulado *Salud mental comunitaria: apuntes para la construcción de una hegemonía necesaria*, surge de diversas necesidades, expectativas y encuentros.

En cuanto a las necesidades, se debe destacar en primer lugar una local, propia del contexto colombiano: la de construir y llevar adelante una política de salud mental inclusiva, amplia, que se apoye y le dé voz a las demandas de la población que requiere atención en este campo. Política ésta que debe basarse en la escucha y en el reconocimiento de que el sufrimiento psíquico está atravesado por diversos aspectos, económicos, culturales, de género, raza e institucionales, que se expresan en cada persona de manera diferenciada y que no pueden reducirse al mero diagnóstico y administración de medicación. Al mismo tiempo, debe apoyarse en equipos interdisciplinarios, próximos a la comunidad y con la debida capacitación que este campo y estas problemáticas requieren. Con esto último, se toma debida distancia de la ligereza teórica, éticamente cuestionable y terapéuticamente insulsa, que las terapias *new age* (por mal denominarlas de manera genérica) proponen.

Las últimas propuestas elaboradas por el actual gobierno a este respecto se intentan aproximar a este paradigma. No obstante, para tonarse política efectiva, requerirá de apoyo político y capacidad institucional de gestión del nuevo modelo, así como de la capacitación de los/as profesionales que harán parte del mismo.

Esas necesidades mencionadas tienen también un carácter más amplio. El campo de la salud mental enfrenta nuevos desafíos y resistencias, pudiéndose mencionar aquí el avance del paradigma biologicista, de la mano de una absurda ampliación de las categorías diagnósticas y, en asociación natural con esto último, de la medicalización de conductas de diferente orden. Así mismo, los gobiernos conservadores de diversos países han atentado contra estas políticas y la salud pública en general, reduciendo presupuestos, personal y priorizando modelos de atención reduccionistas e individualizantes, lo que obliga a actualizar los principios

y metas que alguna vez guiaron al movimiento antimanicomial, para ajustarlas a estos nuevos desafíos.

Por lo dicho, las expectativas que también motivaron este libro: una particular, contribuir a esa construcción de una política de salud mental en Colombia, cuyos principios y posibilidades apenas se esbozan actualmente, y ofrecer elementos para la formación en este campo, en las diversas disciplinas que lo integran; una expectativa más general: que su lectura pueda inscribirse en la lucha por la construcción de una hegemonía política y discursiva que permita esos cambios necesarios.

Por último, en relación a los encuentros que posibilitaron este texto, cabe mencionar varios, de diverso orden: la maestría en Intervención psicosocial de la universidad Icesi, de Cali, Colombia, como espacio articulador que posibilitó la visita a esa universidad de varios/as de los/as autores de estos capítulos; los escritos conjuntos, buena parte de ellos editados por la editorial de esa universidad y posibilitados por la generosidad y disposición de su editor, Adolfo Abadía; los diversos proyectos que reunieron algunos de los/as autores/as en diversos momentos y con objetivos diferentes y, sobre todo, una concepción política general del rol del Estado y la función, forma y objetivos de la política pública

Por todo esto, es pertinente ofrecer espacios de reflexión y debate como el que este libro propone, desde una polifonía que reúne voces surgidas de diferentes formaciones, experiencias y países. En relación a esto último, este texto incluye autores/as de España, Italia, Colombia, Argentina, Brasil, Mozambique y Palestina, en torno a los ejes comunes mencionados.

La estructura de este libro es particular por varios motivos. En primer lugar, está basado en entrevistas hechas a partir de un esquema común de preguntas que incluyeron también aspectos singulares de cada experiencia y contexto. En segundo lugar, estas entrevistas fueron hechas por estudiantes y graduados/as de la carrera de psicología y de la maestría en Intervención psicosocial de la universidad Icesi, que de un modo u otro habían mostrado interés en este campo, siendo por tanto esta participación registrada en el texto, con la anuencia de las personas entrevistadas, como co-autorías.

El proyecto original incluía siete entrevistas, pero en el propio proceso fueron apareciendo otras posibilidades de diálogo que vinieron a ampliarlo, para llegar a un total de catorce entrevistas realizadas. Entrando así en la estructura del libro, se detallan las mismas: el primer capítulo se basa en la entrevista realizada a Manuel Desviat, psiquiatra español con una extensa trayectoria en el campo de la salud mental y una sólida producción intelectual relacionada. En el capítulo siguiente, el psicólogo español Miguel Castejón refiere, desde sus en este campo, a los temas que este texto propone, ya mencionados, con inusual lucidez y rigor teórico.

La entrevista a Simona Taliani y Roberto Beneduce, siempre desde las mismas coordenadas dialógicas, expresan opiniones que reúnen su formación disciplinaria amplia (psiquiatría, psicología, antropología) y la rica trayectoria de trabajo relacionada basada sobre todo en los espacios de atención y escucha de los centros Franz Fanon, de Turín y Nápoles, Italia.

En lo que hace a las entrevistas realizadas a colegas de Brasil, participaron aquí los/as psicólogos/as Eduardo Vasconcelos, Daniel Goulart y Magda Dimenstein y la médica Rosana Onocko. Estos cuatro textos permiten entender en profundidad la historia, características y desafíos actuales de la salud mental brasileña, fuertemente vinculada a un modelo de salud, como el Sistema único de salud (SUS), que opera como una referencia en lo que hace a políticas públicas abarcativas, incluyentes y democráticas.

En el capítulo siguiente, Marcelo Marcucci, psicoanalista argentino, recorre también los diversos aspectos de la relación entre salud pública y salud mental, mostrando alternativas para una mejor y efectiva articulación entre estos campos, desde su experiencia de trabajo en la salud pública de la ciudad de Rosario.

En lo que refiere al contexto colombiano, se entrevistó a las/os psiquiatras María Adelaida Arboleda, Sandra Ríos y Luis Muñoz y a Elvis Alzate, terapeuta ocupacional. Es posible entender aquí los límites y las enormes precariedades del sistema de salud colombiano y de la salud mental en particular, así como las posibilidades y caminos para su transformación. Cabe destacar también aquí la manera recursiva, creativa, en que los entrevistados/as consiguen sostener una práctica profesional comprometida a pesar de las limitaciones del sistema.

Los dos textos finales reúnen la entrevista realizada a Boia Efraime Jr, psicólogo mozambicano, y la transcripción de la conferencia de Samah Jabr, psiquiatra palestina, realizada de forma virtual en octubre del año 2023, donde se muestra con crudeza la relación entre violencia y salud mental, en un contexto de marcada precariedad de las políticas públicas; en el caso de Palestina en particular y atendiendo a las circunstancias actuales, los efectos del genocidio en curso contra el pueblo palestino en los territorios ocupados.

Todo este material se organizó en cuatro partes: las entrevistas a los/as colegas de España e Italia hacen parte de la primera, entendiendo que en ellas se tratan problemas comunes y particulares desafíos actuales; en la segunda parte se incluyen las cuatro entrevistas a los/as colegas de Brasil y Argentina, que de una manera u otra refieren a políticas públicas de salud y salud mental integrales y equitativas, pero aún con problemas y necesidades de diverso orden. La parte reservada a las entrevistas a profesionales de Colombia agrupa las opiniones acerca de la necesidad de cambios a la política de salud mental, discusión este relevante en el contexto político actual del país. La última parte incluye los textos del colega mozambicano y de la colega palestina que, como ya fue mencionado, indican las posibles formas de intervenir desde el paradigma de la salud mental comunitaria, aún frente a la ausencia del estado y las violencias de diverso orden, desde una notable recursividad y compromiso.

De esta manera, desde esta polifonía, no se pretende agotar la discusión relacionada ni ofrecer una especie de manual u hoja de ruta para estas construcciones consideradas aquí necesarias: las de una política pública en salud mental con las características mencionadas y, junto a esto, la creación y fortalecimiento de espacios de formación interdisciplinarios que le den sustento técnico y político a ese propósito.

Las co-autorías no se detallan aquí por razones de espacio, pero se indican en cada capítulo y al final del mismo. Cabe aprovechar esta aclaración para agradecer el compromiso y el entusiasmo de los/as participantes, con la esperanza de que este encuentro de saberes y expectativas aporte a los objetivos mencionados.

I

Las experiencias de
España e Italia: entre
conquistas, retrocesos
y nuevos desafíos

/ 01 /

Entrevista a Manuel Desviat^{*MD}

(España)

Entrevistadoras:

MR Mónica Alexandra Ramírez Guevara
JM Janeiry Estefanía Robles Mendoza

MR|JM *Para comenzar, cuéntanos un poco sobre ti: ¿cuál es tu formación académica en pregrado y posgrado? ¿Cuáles son tus principales temas de investigación?*

MD Empecé hace más de 50 años en este oficio, y sigo activo. Bueno, estoy jubilado en la empresa pública donde trabajé toda mi vida, salvo un periodo muy corto en los años setenta en que fui suspendido de empleo y sueldo durante 18 meses -estábamos en la dictadura- por denunciar la situación del hospital psiquiátrico en el que trabajaba. ¿Y cuál es mi formación? Pues mi formación es un poco agitada. Me formé en los años sesenta, en una universidad en lucha política antifranquista en la que milité, estuve detenido, juzgado dos veces, condenado, expedientado, 15 meses en servicio militar disciplinario...Me licencié como médico con antecedentes penales, lo que me obligó a hacer la especialidad de psiquiatría como asistente voluntario,

en el Hospital Provincial de Madrid Francisco Franco. De todas formas, era la manera más habitual de hacer la especialidad; aún estaba poco implantado el programa Médicos Internos Residentes. Había un buen equipo de gente, involucrada en la reforma de la asistencia psiquiátrica. Era una clínica psiquiátrica en el hospital general, con 140 camas, casi un hospital psiquiátrico dentro de uno general. En los años setenta, una vez cancelados los antecedentes penales, empecé a trabajar como psiquiatra en el hospital Conde de Romanones, conocido como Alcohete, del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), a 60 kilómetros de Madrid.

Como muchos médicos de mi generación, mi actividad profesional se acompañó de actividades político - reivindicativas en pro de la reforma de la sanidad, en la idea de un Servicio Nacional de Salud, público, universal, y en el campo de la psiquiatría por una reforma antimanicomial y comunitaria, formando parte de plataformas sanitarias clandestinas y de la Coordinadora Psiquiátrica, al tiempo que militaba en un grupo antifranquista de orientación consejista. Muerto Franco, recuperé el pasaporte que me había sido retirado en 1966. Mi formación se centró en la salud pública, epidemiología, planificación sanitaria, dirección hospitalaria, con diplomas y cursos (que hoy serían másters) en la escuela Nacional de Sanidad, y en la clínica psiquiátrica y la acción comunitaria. Respecto a la investigación, he sido investigador principal en varias pesquisas, entre otras una Beca de 4 años del Fondo de Investigación de la Seguridad Social (FISS), un estudio epidemiológico de doble fase sobre trastornos mentales en dos poblaciones del sur de Madrid (Leganés y Pinto), y participado en estudios cualitativos sobre demanda, ética y práctica psiquiátrica en procesos de reforma y evaluación, tanto en España como internacionales con OMS/OPS y la Universidad de Brown o en Brasil sobre evaluación y seguimiento de la Reforma, entre otras investigaciones. Del panel de expertos de la OMS y, durante más de 15 años, consultor temporal de la OPS/OMS, colaborando en los procesos de reforma psiquiátrica

de varios países de América Latina, lo que continuó haciendo en la actualidad, especialmente en Brasil, donde llevó más de tres décadas colaborando con la Dirección Federal de Salud Mental y las Coordinaciones estatales. Formo parte del profesorado de varios cursos de especialización y másters y he sido invitado en universidades de España y fuera, en especial en América Latina. Entre otras, ICESI, Cali, vuestra universidad, donde como sabéis he formado parte del profesorado del magister de Intervención Psicosocial. México fue el primer país americano al que empecé a ir, a la Universidad Autónoma Metropolitana de México, en Xochimilco. Después del Alcohete del que ya he hablado, entré a trabajar en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés como jefe clínico, a los pocos meses de la muerte de Franco. Salvo un par de años, que pasé a trabajar en el Instituto de Salud Mental de Madrid, creado en los primeros años de la transición democrática, mi vida laboral ha pasado hasta 2008 en este primer hospital psiquiátrico y luego red de servicios de salud mental, del que fui director durante 23 años. Volviendo a la docencia, fui miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (1988-1994), en tiempos de su constitución de sus programas docentes e implantación nacional. En los servicios donde trabajaba, las formaciones en psiquiatría, psicología y enfermería eran prácticamente conjuntas. Me interesó también editar y publicar. Inicié una colección de libros, clásicos de la Psiquiatría (Pinel, Esquirol Kraepelin, Clerambault, Charcot) y de Básicos de la Psiquiatría (Golberd y Huxley, Davanloo, Colina, JM. Álvarez, entre otros). Posteriormente, las colecciones Salud mental colectiva (Grupo 5) y Líneas de Fuga (Enclave). He fundado y dirigido las revistas *Asoc. Española de neuropsiquiatría* (1981) y *Psiquiatría Pública* (1988-2001) *Atopos, salud mental, comunidad y cultura* (2003). He sido presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1993-1997).

MR|JM *Ahora nos estabas contando un poco sobre tu trayectoria profesional, los países en los que trabajaste y las reformas en las que participaste, queríamos preguntarte: ¿con qué público trabajaste allí? ¿Cuáles fueron los resultados de esos proyectos en los diferentes países? ¿Y cuáles fueron las mayores dificultades? Ya nos has venido contando algunas dificultades de orden político e incluso económico, pero ¿qué otras dificultades encontraste al trabajar con estos equipos?*

MD En los años sesenta y setenta, había todo un movimiento crítico en Europa y América. En América, por ejemplo, a principios de los años setenta, en la época de Allende en Chile, se realizó una reforma sanitaria, incluyendo la salud mental. Allí, algunas personas ya trabajaban con conceptos como la delegación de poderes, conceptos propios de la salud colectiva. Algo similar ocurrió en España. En la época de la República, en Cataluña, se empezó a desarrollar una psiquiatría más avanzada, se llamaba “psiquiatría extensiva”, por todos los lugares, por todos lados. Todo eso, de alguna manera, estaba presente. Estaba presente también en la lectura —precipitada y probablemente poco profunda— de Freud y de otros autores significativos. Además, me interesaba mucho la salud pública. ¿Por qué me interesaban tanto la salud pública y la gestión sanitaria? Porque la sanidad era tremendamente deshumanizada. Tú entrabas a un hospital como paciente, te ponían un pijama y dejabas de ser persona; estabas completamente cosificado.

Todo eso hizo que, en aquel momento, hubiera un grupo de personas que, además de enfrentarse a la dictadura franquista, quería transformar la salud, quería cambiar la sanidad. Había un movimiento sanitario general conformado por médicos jóvenes, psiquiatras, psicólogos y otros trabajadores de salud mental, quienes se involucraban activamente en esta causa. Y ¿cuál era la situación? En España y en los países latinoamericanos que visitaba como consultor de la OPS/OMS predominaba una psiquiatría manicomial. Para la mayoría de la población, no existía ninguna garantía de respeto a la dignidad de la persona,

ni siquiera garantías médicas para ser atendido. Un médico podía tardar una semana en ver a los pacientes. Había gente desnuda en los hospitales. Existen libros que documentan el escándalo que representaba todo esto en distintos lugares. Entonces, ¿cuál era la resistencia? La resistencia era política y, en muchos casos, social. Dando un salto —porque creo que es importante, si no, nos vamos a perder en la historia—, por ejemplo, hoy en España ya no te planteas el problema de los hospitales psiquiátricos. Aún existen algunos, pero ese no es el verdadero problema. El problema que te encuentras ahora es la medicalización de la gente.

O sea, la gente está medicalizada y quiere resolver sus problemas de una manera que no le hurguen demasiado. Bueno, es la ideología de la época. Entonces, ¿qué existe ahora? El enfrentamiento que hay es fundamentalmente político. Es político porque hay un determinismo social que subsume todos los distintos determinantes de salud. Hay determinantes biológicos, de estilo de vida, determinantes económicos, pero al final están todos subsumidos por la forma en que vive la gente, por sus condiciones de vida. Y entonces, claro, es absurdo que a la gente le pidas que tenga un estilo de vida saludable cuando realmente vive en condiciones insalubres y no puede hacer otra cosa más que trabajar en condiciones precarias.

Entonces, la situación primero es política, pero también es técnica. Es decir, el problema no se resuelve solamente a nivel político. Ha habido intentos de cambio, muchas veces casi forzados políticamente y desde el voluntarismo, pero sin capacidad real de ejecución, y eso ha llevado al fracaso. Como es un fracaso no convencer a una parte de la población de que hay que hacer procesos de reforma. Entonces, ahí está el desafío: el desafío es político y técnico. Ese desafío te lo encontrabas en todos los países a los que fueras, y te lo sigues encontrando. Esto no quiere decir que no hayan evolucionado las cosas. Sí, probablemente ahora nadie defiende el hospital psiquiátrico, pero lo mantienen. He ido a Cali, al hospital psiquiátrico. He entrado, me han dejado

decir lo que quería decir —que el hospital psiquiátrico hay que cerrarlo—, pero luego han seguido trabajando tranquilamente.

Entonces, el problema es que probablemente el cambio en psiquiatría implica una serie de connotaciones que no son solamente técnicas, sino también sociales. Entre otras cosas, porque la respuesta a la salud mental es psicosocial. Es decir, la sanidad debe ser de tipo sociosanitario en un sentido global y, además, debe entender la subjetividad. Porque el otro problema es que a la gente no se la escucha como sujeto. ¿Por qué? Porque, dentro de un planteamiento biológico, no tiene sentido. Si el problema es biológico, ¿para qué voy a hablar con la gente? Salvo para preguntarle cómo se llama y poco más. Entonces, ¿qué problemas me he encontrado? ¿Qué diferencias? En los países, digamos, más avanzados, pero tremendamente desiguales, como puede ser Chile, ha habido recientemente un movimiento de reforma importante. Han intentado ganar espacios al neocapitalismo, dentro de sistemas sanitarios que priorizan el modelo privado. Ese es el otro gran problema. Es como en Colombia. En Colombia desde las EPS no se puede hacer psiquiatría comunitaria. Quiero decir, se puede hacer a nivel teórico, tú puedes contar lo que quieras, pero, desde ese sistema no se puede hacer salud mental comunitaria. Estás realmente hipotecado por el sistema. Lo primero que tienes que hacer es cambiar el sistema. Hay países que, de todas formas, han intentado crear centros comunitarios en regímenes socioeconómicos adversos. Perú, por ejemplo, ha implantado unos centros comunitarios, participativos, colectivos, en un proyecto promovido desde el Ministerio de Salud, pero al tiempo que se mantenían los hospitales psiquiátricos y que los recientes cambios de gobierno han detenido.

El país que más ha avanzado en la Reforma psiquiátrica es Brasil. Se ha convertido en un referente, con sus redes de centros psicosociales y la participación ciudadana. La lucha antimanicomial y el compromiso de los profesionales ha creado una masa crítica, y han sabido introducirse en la agenda política. La salud mental

tiene una comisión en el Parlamento Federal y en los estaduales. Han legislado leyes de salud mental en los estados y en la nación, debatiendo durante décadas, lo que ha permeado la cuestión del sufrimiento mental en la sociedad toda. Esto es lo que Brasil nos puede enseñar. Que hay que formar una masa crítica entre los profesionales y la población. Una masa crítica y asociaciones que, aliadas con otros movimientos —feministas, cívicos u otros—, forjen un movimiento capaz de ir transformando el imaginario social y las condiciones de vida de las personas con problemas de salud mental. Al mismo tiempo, se deben empezar a construir, con la ayuda de experiencias de otros países, estrategias sobre cómo se puede transformar la asistencia, buscando respuestas propias, adecuadas a sus peculiaridades. Hay que trabajar en la calle, hay que trabajar en la academia y hay que trabajar en la universidad para intentar cambiar la situación de la docencia, de la asistencia. Un trabajo que no puedes hacer solo. Necesitas contar con la población.

MR|JM *De acuerdo. Ya nos ha venido dando pistas de cómo entendemos la salud mental, desde una clínica mucho más amplia, que involucra a muchos más actores. Pero nos gustaría preguntarte: ¿cómo la definirías tú desde tu experiencia de trabajo?*

MD Yo, ahora mismo, le he puesto una etiqueta. Me atreví, me he atrevido a llamarla salud mental participada. La clínica ampliada, que surge en Brasil con Campos y una serie de salubristas, es una clínica del sujeto vinculada con la historia social y política. Yo le añado la necesidad de la participación del propio psiquiatrizado, el propio usuario, la propia persona en primera persona, para que se pueda contar con su experiencia. Que en los servicios haya expertos con experiencia y que en todo el proceso individual participen los propios sufridores psíquicos. Y que, cuando se trata de acción comunitaria, participen las personas del territorio que están siendo afectadas, sea en episodios traumáticos o en la asistencia de la salud mental de una población determinada. Es decir, hay que devolverle el protagonismo a quien realmente lo tiene: la persona que sufre

o la colectividad que sufre. Y establecer un diálogo, un diálogo al estilo dialógico de Paulo Freire.

MR|JM *Ahorita nos mencionaste algunas dificultades que viviste en este proceso, acompañando lo que estaba pasando en reformas y demás en diferentes países. Actualmente, ¿cómo ves esas condiciones para poder desarrollar justamente un trabajo desde esta perspectiva de salud mental participada?*

MD Lo veo como si hubiera dos caras. Quiero decir, por una parte, el mundo, la sociedad, es cada vez más adversa. Últimamente, quizá sea mejor no ver la televisión o no leer el periódico por salud mental. Pero, evidentemente, creo que hay situaciones que no se pueden ignorar. Es decir, hace unos meses escribí un artículo que trata de la salud mental después de Gaza, las repercusiones en la salud tanto en Palestina como en el mundo occidental que está permitiendo este genocidio. El futuro de la gente que está siendo masacrada y de los supervivientes y de sus hijos y de los hijos de quienes vivimos en Europa que estamos permitiendo cuanto sucede. He puesto un caso extremo, pero un caso extremo que nos lleva a preguntarnos: ¿de qué manera se puede hacer salud mental en condiciones de vida que, para muchos, son prácticamente invisibles?

Es evidente que siempre habrá conflictos. Incluso en la sociedad más idílica, en una utopía, habría conflictos, porque el ser humano vive con el otro y, si no vive con el otro, no puede vivir. Y ahí surgen conflictos. Pero una cosa es eso y otra muy distinta son los conflictos que derivan de la situación social y política que vivimos hoy en el mundo. Yo soy de Médicos del Mundo y fui a Bosnia. Estuve muy poco tiempo, fui a sustituir a un amigo que estaba de cooperante allí y que recibió un tiro. En ese frente, ¿qué puedes hacer por la salud mental? ¿Coges un fusil o te haces cirujano? Eso no quiere decir que no se pueda hacer nada, sino que allí no era la prioridad mi trabajo como psiquiatra.

MR|JM *Esto también nos lo has ido mencionando a lo largo de la conversación, pero ¿consideras que las personas que trabajan en el ámbito de la salud, en su contexto, tienen la formación y la disposición necesaria para hacerlo? ¿Existe la capacidad?*

MD Una de las dificultades tremendas, sobre todo al principio de la reforma, era que la gente no tenía ni idea, porque se había formado en una clínica diferente. No en una clínica comunitaria, sino en una clínica individualizada, en una clínica biológica, cosificada. .Es uno de los grandes problemas. Entonces y hoy. Entonces, por razones de formación y porque era algo nuevo. Y hoy porque la industria farmacéutica ha colonizado la formación, los gobiernos han delegado en las empresas farmacéuticas. Ahora estamos viviendo una formación que, en muchos sitios es de analfabetos. Es decir, no saben nada de salud. No han leído un solo libro de psicopatología porque solo leen el manual que les da el laboratorio, el DSM o estos glosarios diseñados únicamente para poder dar fármacos. Y es una de las grandes tragedias y, a su vez, una de las primeras necesidades: la formación. Formación en salud que tiene que empezar en el grado y que, casi debería iniciarse desde el bachillerato, o en la escuela primaria. Pero, además, sobre todo, las carreras generalmente no te enseñan realmente a hacer tu oficio. En muchos lugares, tienes que salir a buscarte la vida como un auténtico ignorante. Y en salud mental, en psicología, donde cada vez está más dominada por el cognitivismo conductual más duro en departamentos teóricos, pues mucho más.

MR|JM *Considerando esta respuesta, quisiéramos saber ¿cómo considera usted que debe ser la formación en este campo?*

MD Creo que la formación tiene que empezar en la etapa de grado, y tiene que ser una formación plural. La salud mental es inclusiva. Luego, que cada quien escoja la técnica que quiera. Pero primero debes haber recibido una formación amplia, en la que se enseñen desde las técnicas cognitivas hasta las distintas formas de entender el psicoanálisis o la fenomenología clásica.

Tienes que aprender la historia de las distintas orientaciones terapéuticas. Cuando yo decía “analfabeto”, es que la gente no conoce la historia de la psicología ni de la psiquiatría. Además, hay que hacer una formación, como decía antes, dialógica, en el sentido de que no se trate simplemente de que llegue un señor y te cuente un rollo cada dos por tres o que un laboratorio te diga cómo hay que medicar a los pacientes. Es un proceso interactivo. Es un proceso en el que realmente la formación qué se da, el modelo que comenzó en Estados Unidos con las residencias médicas, desde la práctica en los centros sanitarios, está bien, pero, claro, luego depende en qué lugar te encuentres durante la residencia. Si te encuentras en una unidad docente donde te meten en un hospital y de ahí no sales, pues entonces te han liado. Nosotros, cuando hicimos el plan de formación en los años ochenta, desde la Comisión Nacional de la Especialidad, establecimos que era obligatorio que los residentes rotaran por todos los sitios que había: hospitales psiquiátricos, unidades especializadas y, fundamentalmente, centros de salud mental. Es decir, que tenían que rotar durante los cuatro años de formación por todos los dispositivos. Al mismo tiempo, un día a la semana -eso se consiguió en pocos centros, en Madrid por ejemplo- se estableció que no tuvieran clínica, que se dedicara exclusivamente a recibir formación en psicopatología y en las distintas orientaciones: psicoanálisis, terapia de familia... Esa formación debía ser impartida por los propios centros y no depender de la formación de escuelas o seminarios privados.

MR|JM *¿Qué teorías y disciplinas deberían hacer parte de esta formación?*

MD Además de la teoría y la clínica psiquiátrica y psicológica, es necesario algún conocimiento de antropología, sociología y otras disciplinas cercanas. Es necesario tener un conocimiento cultural, humanístico. Estaba leyendo hoy una historia que vamos a publicar dedicada al cine. Un capítulo que te contaba más sobre el suicidio que muchos tratados de psiquiatría. Hay una película que quizás habéis visto, mexicana. Se llama “María

de mi corazón”. Es de una mujer que cae en un manicomio por error. En ella se puede ver descrita la carrera manicomial que describe Goffman, en su conocido libro. Debería completar la enseñanza de Internados en la formación reglada.

MR|JM *También nos gustaría profundizar un poco en lo que has venido comentando, en cómo, finalmente, no son solamente los aspectos sociales ni únicamente los aspectos biológicos los que intervienen en la salud mental. Entonces, ¿cómo operan esos aspectos económicos, políticos y culturales en la salud mental de una población? ¿Tú cómo ves esas intersecciones allí?*

MD Hay que referirse a los determinantes de salud. Los determinantes de salud empezaron a ser estudiados por los años setenta, en un informe canadiense, el informe que dio lugar a lo que se llamó la nueva salud pública, la salud pública de orientación preventiva. El trabajo, las condiciones de vida... La salud está condicionada por factores externos, estilo de vida, condiciones de vida, y no solo por la eficacia del sistema sanitario. Hay factores protectores y otros que rompen el equilibrio psíquico con que cuenta la persona o la comunidad afectada. Puede ser por una catástrofe, por una pérdida... Se inicia una crisis que hace necesario proveerse de nuevas herramientas, a veces capacidades existentes en uno no conocidas hasta entonces, a veces se precisa ayuda para salir de la crisis, ya sea del entorno, ya sea de profesionales de salud mental. Hay crisis por conflictos íntimos, personales. Otras por una acumulación de cuestiones sociales, o un acontecimiento: un terremoto, o una crisis económica. Por ejemplo, en las crisis financieras de 2008, cuando se quebró el sistema por la burbuja inmobiliaria, aumentaron determinados padeceres psíquicos que no se estaban dando antes en las clases medias de la Unión Europea. Empezaron a llegar a consultas de salud mental ejecutivos que habían perdido el trabajo, o con la sospecha de perderlo, y que no veían posibilidad de encontrar otro, por edad y por su formación. Recuerdo a un directivo de un banco que me dijo que había llegado a pedir trabajo de portero de un edificio, pero se encontró con que tuvo que falsear su

experiencia, y hasta su aspecto. Y tampoco le admitieron. Todo un grupo social hasta ahora resguardado en las anteriores crisis económicas, pues antes habían afectado a trabajadores más precarios, entró en crisis. ¿Qué solución encontraban? ¿Qué atajo tomaban? El atajo era la depresión. Llega un momento en que la situación se rompe de dos maneras: o se rompe por el cuerpo y aparece una patología psicosomática, o se rompe por la mente. Es decir, se rompe a nivel emocional, psicológico. Por eso, los factores económicos, sociales y políticos son fundamentales. Me acuerdo que cuando yo era pequeño, en la época del franquismo, en épocas que había mucha gente que vivía en la pobreza, iban al médico a pedir vitaminas como una manera de compensar la falta de una dieta adecuada. La respuesta es muy sencilla, hay unos determinantes de salud, y el principal de todos, porque los engloba a todos, es el social. Y si me apuras más, el principal determinante es el político, porque la política y la economía condicionan lo social.

MR|JM *Respecto a ese punto que mencionas de lo político, hoy en día, con las políticas neoliberales y su defensa de ideas como el individualismo y el éxito basado en “tú lo puedes si lo quieres”... la meritocracia. ¿Cómo crees que esto está afectando la salud mental?*

MD Yo creo que el sistema económico neocapitalista no es tonto, y como no es tonto, lo que hacen realmente es intentar dopar y construir un sujeto neocapitalista. Ese sujeto neocapitalista está atrapado por la meritocracia, por la competencia, por el sueño americano, creyendo que puede alcanzarlo. Es decir, vive engañado por la idea de “usted puede”, por esa psicología positiva nefasta de “todo se puede, si uno quiere”. Entonces, lo que ocurre con ese tipo de sujeto es que, cuando se encuentra en una situación en la que no puede alcanzar los objetivos que se había propuesto, se quiebra, se hunde y se culpabiliza. Porque el gran problema del sujeto neoliberal es que se considera culpable de no haber sido capaz. Es como el enfermo que se siente culpable por estar enfermo o por no ser un buen paciente. Ese

es el problema. Esta sociedad es estresante, tremendamente competitiva. El consumo es una trampa, porque nadie puede llegar a consumir lo que desea. El consumo siempre será insatisfactorio. Y bueno, esto lo demuestra el hecho de que los multimillonarios, que tienen miles y miles de millones, sigan necesitando más. Es una historia de *más y más*. Claro, llega un momento en que esa historia no tiene sentido por sí misma; un sistema que, además, si termina gobernado por el neocapitalismo y personajes como Elon Musk y todos esos idiotas morales, el problema será mucho peor. El problema es que, como la gente está cada vez más alienada, más metida en un mundo que no es su mundo, su respuesta es golpear el sistema. Pero si golpeas lo más garantista del sistema, también golpeas aquello que puede protegerte: una buena salud pública, una buena sanidad, unas buenas pensiones. Si destruyes eso, como está pasando en Estados Unidos y cada vez más en Europa, entonces te encuentras con menos apoyo social. Y si, además, se golpea la cohesión social, si las ciudades son cada vez menos solidarias, si las personas pierden esos lazos de apoyo mutuo que han sido clave para la supervivencia de la humanidad, el panorama es terrible. ¿Qué pasa entonces? En situaciones de grandes crisis hay incertidumbre. Pero también pueden surgir oportunidades. Como toda crisis, puede dar lugar a un proyecto de vida o acabar en la ruina total. No sé si el mundo va hacia una ucronía, una utopía o una distopía. No lo sabe nadie.

MR|JM *Todos estos aspectos éticos y políticos que has venido mencionando, ¿crees que pueden ser enseñados o forman parte de una característica previa de cada persona?*

MD Bueno, creo que hay que trabajar en equipo, cada persona tiene capacidades y habilidades que otros no tienen, y eso enriquece al equipo. Quiero decir que los compartimentos cerrados, como si fueran un mueble con distintos cajones, no funcionan. Los equipos tienen que ser creativos para no estancarse; hacer proyectos, trabajar en algo que no sea simple rutina.

MR|JM *¿Qué tan importante llega a ser esta creatividad dentro de las prácticas de intervención?*

MD Yo creo que, primero, el trabajo tiene que ser una praxis, en el sentido que tiene en el marxismo: la unión de teoría y práctica. O sea, la teoría la aprendes en la práctica. Haber leído cinco libros de psicopatología no significa nada; si no tienes una práctica clínica no entiendes nada. El problema es que muchas veces la gente no teoriza ni investiga, pero no es su culpa. Muchas veces no tienen tiempo. Por ejemplo, en Brasil, en las universidades, se premia a quienes tienen doctorado. En España, para quienes trabajan en la clínica no hay ninguna posibilidad. No les dan tiempo para investigar. Si lo hacen, tiene que ser después del trabajo. Tampoco te van a dar un año para hacer una tesis doctoral ni para hacer un posdoctorado en otro país. Por ejemplo, cuando yo dirigía unos servicios, intentaba que los residentes salieran fuera de España. De hecho, era prácticamente obligatorio. Siempre buscábamos apoyos para facilitarlo, pero eran escasos o nulos. Un profesional puede entrar al sistema público con veintitantos años como médico adjunto interino, luego pasar a ser médico adjunto fijo y, al final, terminar su carrera profesional a los 65 o 70 años sin haber podido hacer nada más que cumplir con su trabajo de ver pacientes, sin que le hayan concedido un permiso para estudiar o investigar.

MR|JM *Para cerrar este espacio sobre la formación y las dificultades, fuera de esos aspectos que nos has venido mencionando, ¿crees que hay otro desafío que esté enfrentando actualmente la salud mental? Y, si es así, ¿cuál sería una respuesta posible frente a este?*

MD No, no creo que haya más desafíos aparte de la colonización farmacéutica y la falsedad de los presupuestos biológicos, que se basan exclusivamente en cuestiones no demostradas de genéticas, farmacológicas, biológicas. Creo que el debate principal está en dos frentes: la medicalización y la colonización del neoliberalismo.

MR|JM *Anteriormente nos habías mencionado que habías trabajado y participado en la construcción de políticas en salud mental. Desde estas experiencias, ¿cómo se construye y se torna hegemónica una política en salud mental?*

MD Bueno, si hablas desde una perspectiva científica, sabes que hay un filósofo, Kuhn, que hablaba de paradigmas. Él decía que un paradigma se volvía hegemónico cuando sustituía a los otros paradigmas, que en un momento determinado, entraban en crisis. Había un tiempo en el que ya no daban respuesta a la demanda científica y social. Entonces, en ese momento, existía un periodo de transición en el que todavía no había un nuevo paradigma. Una etapa de crisis. Probablemente, esto es lo que está pasando ahora en la salud mental. Es por lo que hay trabajar a nivel epistemológico, en el desarrollo de programas conceptuales y herramientas técnicas, desde una perspectiva de salud colectiva que pueda dar respuesta a las necesidades reales de la gente, no a las de la clase dirigente. Una respuesta que se haga con los profesionales, la academia y sobre todo la calle. Y aquí la psicopatología clásica no debe ser ignorada, pero sí resignificada. Hay que darle un sentido más amplio, ya que está prácticamente basada en el encierro manicomial o en el hospital general. Lo que se necesita es una psicopatología que tenga en cuenta la calle, la comunidad y, además, resignificar el concepto mismo de comunidad, que muchas veces se plantea desde una perspectiva limitada. Hoy en día, la salud comunitaria está siendo desbordada porque se ha planteado principalmente desde la salud preventiva y el concepto de riesgo: prevención primaria, secundaria y terciaria, que es la salud pública clásica. En estos momentos, el salto que hay que dar es considerar no solo la prevención de los grupos vulnerables, sino también el proceso de vulnerabilización. Es decir, comprender las causas de esa vulnerabilidad y tenerlas presentes en los procesos de intervención. Hay otra cuestión que creo que es importante. Por ejemplo, en la clínica, hay un psiquiatra francés de los años treinta que estudiaba fundamentalmente la alienación desde

un punto de vista sociológico, él decía que una persona deja de estar alienada cuando se da cuenta de su falsa conciencia, cuando reconoce la trampa en la que ha caído. Yo traslado esa idea a la clínica. Diría que el problema es que la persona, el paciente -en términos convencionales- o el sujeto que sufre psíquicamente, debe ser acompañado en un proceso donde pueda darse cuenta de su situación. Para que la asuma, es decir, no que tenga conciencia de enfermedad, que eso es una trampa también, sino que sea consciente de por qué ha llegado a su dolencia, cuál es su responsabilidad, por omisión o por acción y cuál es su responsabilidad en salir de ese estado.

MR|JM *En relación con los procesos de reforma, ¿hay alguna diferencia de este proceso en Brasil?*

MD En Brasil, la primera diferencia respecto al resto del mundo es que su clínica, su proyecto de reforma y su manera de entender la salud mental han sido muy participativos. Socialmente participados. Ha habido un movimiento social muy importante que comenzó a finales de los años 70 con la lucha antimanicomial. En ese movimiento, los trabajadores planteaban que no se trataba solo de cerrar los manicomios, sino de luchar contra la desalienación, por el trabajo y por otros derechos y han logrado introducir esta agenda en el ámbito social y político con una enorme participación. Obviamente, hay zonas donde esto no ocurre. Brasil es inmenso, el norte y el sur son muy distintos, pero en general existe una lucha antimanicomial activa con comisiones organizadas. Esta participación siempre ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud y por cualquier organismo internacional como uno de sus grandes logros. La otra cuestión para mí, que la diferencia respecto a España y otros lugares, es que en la época en que empieza la reforma muchos de sus líderes se introdujeron en las universidades públicas. Esto ha supuesto dotar a buena parte de las universidades públicas de un pensamiento crítico, no han quedado en manos de la psiquiatría más conservadora, mientras que en la mayoría de los lugares de los que hemos hablado antes, inclu-

yendo España, la universidad está en manos de la psiquiatría más conservadora. ¿Por qué? Porque probablemente nosotros cometimos un error y es que nos volcamos todos en la reforma de la desastrosa situación de la red pública sanitaria, en ser agentes del cambio asistencial, dejando de lado la universidad. Una universidad enrocada en su estructura tradicional, donde la psiquiatría más tradicional ha ido recuperando la hegemonía que tenía durante la dictadura.

MR|JM *Para finalizar, ¿crees que es posible sostener estas iniciativas en un contexto institucional o político contrario al mismo?*

MD Mira, yo creo que hay cosas que se pueden hacer. Por ejemplo, cerrar los hospitales psiquiátricos es posible, porque, de hecho, en muchos casos los cierres han funcionado y han sido beneficiosos. Otra cosa es que luego se los apropien como residencias de larga estancia o se creen una red de pequeños manicomios, pero en cualquier caso es preferible su cierre, ingresos en hospitales generales y las redes en el territorio, por mucho que se intente que su actividad cada vez se aleje más de actividades comunitarias. Entonces, determinadas acciones puntuales sí son posibles. Se puede convencer a la gente, se puede convencer o forzar a los gestores políticos de que cierto tipo de asistencia es preferible. Hay cuestiones que pueden implementarse porque no atacan directamente contra el sistema. Al contrario, incluso pueden ser aprovechadas o resultar beneficiosas para quienes están en el poder. Por ejemplo, en países en desarrollo se llegan a crear centros en comunidades indígenas y en barriadas pobres. Eso, a menos que el gobierno sea muy torpe, no le afecta negativamente. Al contrario, el sistema de acumulación de capital funcionará mejor si hay menos tensiones sociales. Y ese tipo de medidas no les quita más que unos cuantos dólares, euros o pesos, una inversión mínima que incluso puede beneficiarles al mejorar las condiciones generales. El problema que está pasando cada vez más, es si eso se privatiza, ahí está la gran trampa.

Si creas una estructura, pero luego los centros de rehabilitación, los hospitales de día y los recursos más cercanos empiezan a ser gestionados por empresas privadas, la situación cambia drásticamente. Porque el sistema privado no tiene en cuenta el bienestar del paciente. Lo único que le importa son los resultados económicos. Ahora, yo creo que siempre se pueden hacer cosas, y esas acciones pueden servir para avanzar hacia un cambio que, en algún momento, podría confluir en una transformación social más amplia. Porque, por otra parte, también hay movimientos feministas, y otros movimientos que desde la marginalidad están empujando hacia una realidad diferente. Lo único que no se puede hacer es quedarse en no hacer nada.

Bibliografía

1. Colina, F., Desviat, M., & Pereña, F. (2021). *La razón de la sinrazón: capitalismo, subjetividad, violencia*. Enclave de Libros.
2. Desviat, M. (1990). *Epistemología y práctica psiquiátrica*, Madrid: AEN.
3. Desviat M. (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. DOR, S.L.
4. Desviat, M. (1999). *La revolución delirante*. FioCruz.
5. Desviat, M. (2001). *Atención comunitaria a la cronicidad psiquiátrica*. Monografía (director). Aula Médica.
6. Desviat, M. (2001). Salud pública y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 (77), pp. 125-133.
7. Desviat, M. (2007). *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Ayuntamiento de Leganés.
8. Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista española de salud pública*, 85 (5), pp. 427-436.

9. Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4615-4622.
10. Desviat, M. & Moreno, A. (2012). *Acciones de Salud Mental*. Estudios AEN.
11. Desviat, M. (2016). Cohabitar la diferencia: De la reforma psiquiátrica a la salud colectiva. Grupo 5.
12. Desviat, M. (2018). Cohabitar a diferença: Da reforma psiquiátrica à saúde coletiva. Zagodoni.
13. Desviat, M. (2020). Neoliberalismo, nueva extrema derecha y el sufrimiento psíquico. En Bravo, O. (Ed), *Las nuevas derechas. Un desafío para las democracias actuales* (pp. 103-122). Editorial Universidad Icesi.
14. Desviat, M. (2020). Evolució històrica de l'atenció a la salut mental. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, (75), pp. 17-43.
15. Desviat, M. (2020). *Cohabitar la diferencia. Salud mental en común*. Editorial Síntesis.
16. Desviat, M. (2020). *La revolución delirante*. FioCruz.
17. Desviat, M. (2021). Sobre la vigencia del Manifiesto de Baurú en tiempos adversos: anotaciones sobre la demolición del cuidado a la salud mental en Brasil. *Em Pauta*, 20(49), pp. 22-32.
18. Desviat, M. (2021). La réforme psychiatrique et la santé mentale dans le secteur de santé en Espagne. *La Lettre du Psychiatre*, 17(4), 127-132.
19. Desviat, M. (2024). *Tratar con la locura*. Enclave.
20. Desviat, M. (2024). A privatização do mal-estar. En Amarante, P & Whitaker, R (Eds), *Desmedicar* (pp. 90-97). Zagodoni

21. Desviat, M. (2025). La salud mental colectiva en tiempos neoliberales. Acotaciones para la politización del malestar. En Madariaga Araya, C. Et al. (Eds.). *Repensar la salud mental colectiva* (Vol. II, pp. 181-209), Contrakorriente.
22. Desviat M. (2025) La critica al sapere/podere psichiatrico. In: Venturini E, editor. Franca
23. Ongaro Basaglia Saggi e testimonianze. Milano: Meltemi.

/ 02 /

Entrevista a Miguel Ángel Castejón ^{*MAC}

(España)

Entrevistadoras:

AG Angélica María Gómez
KS Karen Dahyana Solarte

AG|KS *Esta entrevista en general va a ser sobre su formación en salud mental, lo que usted piensa en diferentes aspectos*

MAC Yo, ahora, mientras esperaba, he tomado unas notas al hilo de las preguntas para ir quizás más ágiles y bueno, creo que será un gusto conversar sobre estos temas. Yo ya hace tres años que estoy jubilado. Eso quiere decir que he dejado de trabajar profesionalmente en psicología, o salud mental... aunque es difícil desconectarse del todo, ¿verdad? Porque toda tu vida, casi, muchos años trabajando en esto, cuando llega el momento de decir “bueno, ya no trabajo más”... me han resultado difícil estos tres años. Quizás podemos empezar por ahí, por el final. Me han resultado difícil estos tres años dejar de trabajar, porque el trabajo realmente, creo que ha sido un error mío, me ha absorbido demasiado. Aunque obviamente tenía otros intereses, todo al final, como un embudo, todo al final iba al trabajo. Entonces,

ahora sin ese trabajo, me he visto un poco perdido de sentido. Pero ahora, la buena noticia, es que, no os preocupéis, me estoy recuperando (RISAS) Me estoy recuperando felizmente y estoy empezando a disfrutar plenamente de otras cosas. Antes, yo iba al cine y estaba disfrutando, pero lo relacionaba con mi trabajo. Leía un libro y lo relacionaba con mi trabajo. Había ahí algo que lo cruzaba todo. Y bueno, cuando eso se acaba me he quedado un poco desnudito. Y ahora precisamente, pensando cuando decís “trayectoria profesional, por qué trabajas en salud mental”. Bueno, no sé si queréis que empiece ya a soltar lo que he pensado al respecto o queréis que vamos por orden.

AG|KS *Sí, pues si usted quiere comenzar en orden. El objetivo de la entrevista es un poco saber, desde su perspectiva, cómo se debe formar a personas en salud mental, en salud mental comunitaria, los programas de curso, los diferentes métodos que existen, su trayectoria profesional, de su vida en general. También, otro objetivo de la entrevista es entender cómo generar un consenso en políticas de salud mental y cómo se construyen esas políticas para hacer un buen trabajo profesional en psicología. Digamos que esto es lo más importante de esta entrevista, conocerlo a usted, conocer su historia y su perspectiva en estos aspectos. Si quiere comenzar por el inicio, ¿qué tipo de formación ha recibido? En posgrados o temas de investigación.*

MAC Pues mira, yo he hecho psicología. Soy psicólogo, luego me he formado como psicólogo clínico y luego la administración me acreditó como psicólogo clínico, pero, desde siempre, he tenido una vocación como muy social o comunitarista. No existe, en España al menos, ninguna titulación que te otorgue ese calificativo al título genérico de psicólogo, pero yo me autodefino igual como psicólogo clínico y comunitario porque... podría aparentemente pensar que es una contradicción, pero, tal como entiendo yo la clínica, que está muy ligada al contexto, yo creo que... bueno, yo y otros antes que yo ya lo han confirmado, nos construimos psicológicamente en contextos sociales. Entonces no puedo entender la subjetividad, comprender al sujeto que

sufre, sin comprender su contexto, sin comprender la historia social de ese sujeto, su biografía, ¿no? Claro, una clínica ajena completamente al contexto y a la biografía, es una clínica que no tiene nada de comunitaria, pero esa no es mi clínica. Mi clínica es atender al sujeto que sufre por más grave que teóricamente sea su diagnóstico, es decir, el sufrimiento no surge de la nada y me apasiona tratar de comprender la función de esos síntomas, el origen de ese sufrimiento, cómo se ha ido transformando y expresando en el cuerpo ese sufrimiento, que siempre, yo parto de eso, siempre tiene un origen llamémoslo social.

Siempre se ha dicho que las personas, son personas vulnerables. Yo creo que, claro, todos somos vulnerables, por definición, desde nuestro nacimiento. Creo que nos podemos fortalecer más dependiendo del amor que recibamos y de la seguridad psicológica y cómo nos construyamos, o menos. Pero cuando alguien sufre y acaba siendo diagnosticado, como que mi teoría, la que desde hace ya muchos años me mueve y con la que trato de ordenar el mundo, es que esa persona, antes de ser vulnerable, podemos decir que ha sido vulnerada. Ha sido vulnerada, o en sus derechos, o ha sido amenazada, y ese sentimiento de amenaza y de angustia, a través del cuerpo, que es lo que somos, ha expresado el sufrimiento y ha acabado con una etiqueta psiquiátrica. Pero yo creo que la famosa vulnerabilidad psicosocial o psicobiológica o biopsicosocial, está antes precedida de situaciones que pueden empezar en el embarazo o pueden ser hace tres años en un suceso vital suficientemente estresante. Pero no podemos comprender la expresión sintomatológica de alguien sin conocer esa biografía. Entonces ese es un poco mi planteamiento, comprender cómo que el contexto es esencial para comprender a alguien. Yo creo que se arroja demasiado pronto la toalla a la hora de tratar de ayudar a personas con diagnósticos psiquiátricos graves, de cualquier forma de psicosis, esquizofrenia o trastornos de la personalidad graves, que llaman. Yo creo que lo que ocurre es que hay mucha iatrogenia en el tratamiento de esos problemas y de ese sufrimiento, y creo que

ese mal tratamiento explica, más que el problema originario, la situación actual de la persona de cronificación, deterioro, riesgo de aislamiento social y todo eso. Entonces soy muy optimista con la clínica, porque he visto milagros, si realmente consigues librarte de, lo que yo creo que es, un mal tratamiento. Esa es un poco mi idea, mi teoría.

En mi vida he empezado trabajando en contextos con personas con diagnósticos psiquiátricos graves, he empezado en el año 87. En España no hay una ley de reforma psiquiátrica. Hay una ley general de sanidad en el año 86, que de alguna forma, en uno de sus artículos, sirve de base legal y administrativa para externalizar a las personas que viven en los manicomios. Entonces, en Madrid, a partir del año 88, empieza un programa para ayudar a atender a estas personas con diagnósticos severos en la comunidad. Se ponen en marcha los centros de salud mental comunitarios, entonces yo empiezo a trabajar en este contexto de rehabilitación: tratar de dar herramientas a personas que, hasta ahora, vivían en los hospitales psiquiátricos, para que aprendan a vivir en la calle; a coger el autobús, a comer, a ganar autonomía, independencia, a controlar sus síntomas, en fin. Lo que es programas de rehabilitación e integración social, entonces empiezo en eso. He trabajado unos años de psicólogo, luego he empezado a dirigir recursos. He dirigido diferentes tipos de recursos; desde centros de rehabilitación en la comunidad, a centros de día, equipos de calle, residencias comunitarias abiertas, en una fundación privada, pero que trabajaba sin ánimo de lucro, que trabaja para la administración. A todos los efectos, era un servicio público, porque para las personas con las que trabajábamos era gratuito y tenía el respaldo de la comunidad. Nuestro contrato era de con la Comunidad Autónoma, con la Administración. He tenido el puesto equivalente al de director técnico de esa fundación, Fundación Manantial, que era y es una fundación muy potente, con casi 400 profesionales, y dirigiendo muchos tipos de recursos. Entonces desde ahí he tratado de poner en marcha dispositivos que atendieran un poco esta lógica

de comprender el sufrimiento de la gente antes que hacer caso a ciegas al diagnóstico, es decir, como un poco los equipos que diseñábamos, el mandato era olvidarnos del diagnóstico y tratar de conocer el caso. Mejor, conocer a la persona y empezar desde cero, sin las ideas preconcebidas que ofrece el diagnóstico, a comprender la historia de esa persona.

Yo creo que el gran problema que existe para el tratamiento de los problemas de salud mental, sobre todo de los severos, es que se les considera una enfermedad. Esto era lo que yo trataba de contar en un libro que no sé si conocéis, que coordinó Omar de Icesi (Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa. Editor: Omar Alejandro Bravo. Editorial Universal ICESI, 2023) también, donde yo hice un capítulo. Un poco la tesis es que, considerar el sufrimiento como una enfermedad es un gran problema, entre otras cosas, porque te coloca en el campo de la órbita médica, que es maravillosa, pero... yo adoro la medicina, a todos nos ha salvado de muchos problemas de salud muchas veces la medicina y gracias, en buena parte, a la medicina vivimos muchos años muy bien, pero en el tema de la salud mental, es como operar de cataratas en un ojo con instrumental de traumatología, es decir, no liga. La salud mental no es una enfermedad y no puede ser tratada con la lógica médica, pero el poder o la hegemonía de lo médico es tan grande que, si algo quieres que sea atendido por los sistemas nacionales de salud, tienes que meterlo como que es una enfermedad, para que entre en la cartera de servicios la atención a ese problema. Así es una enfermedad, la ludopatía, es una enfermedad... todo lo que es un problema humano, se considera una enfermedad. Y eso tiene un precio.

Entonces te atiende el sistema público, pero el precio es que te atienden como si en verdad tuvieras una enfermedad, y todo el interés del modelo es considerar o hacer pasar el sufrimiento de las personas por una enfermedad. Y el tratamiento del sufrimiento muchas veces no existe. Hay sufrimientos que no tienen tratamiento. Pero si es una enfermedad, el sufrimiento

tiene que ser tratado. Y realmente esto lleva a lógicas absurdas. Entonces, una persona que tiene un duelo largo, ya tiene una enfermedad y hay que tratarla porque no es normal que esté así. La lógica del diagnóstico y el tratamiento médico para el sufrimiento psíquico es una lógica muy perversa, que, en este caso, no hace un gran favor. Las personas que más se recuperan de su sufrimiento son aquellas que, por una razón o por otra, se han visto libres de la lógica médica en sus tratamientos. Muchas personas huyen, además, de los tratamientos médicos porque no se sienten comprendidas, no se sienten atendidas en lo que realmente les ocurre. Los síntomas no son reconocidos como mensajeros del sufrimiento, como expresiones del sufrimiento, sino como elementos, déficits o deterioro de un cuerpo que hay que eliminar. Entonces, poner todo el énfasis en eliminar esos síntomas también tiene un precio horrible, porque esos síntomas se van a quitar con medicación, con maltrato, atentando contra los derechos de la persona, y se genera una bola de nieve super perversa y super negativa.

Entonces, yo he tratado de diseñar como recursos y de poner en marcha recursos que de alguna forma trataran a las personas de una forma humana, pero no con tratamientos médicos. Lo que pasa es que vivimos en el mundo que vivimos y es imposible librarse completamente de esta lógica médica si quieres que tus servicios estén incorporados en la red pública de atención. Pero, bueno, nosotros hemos tratado de navegar siempre entre esas dos aguas. Eso me parece importante. Esta es una idea de un psiquiatra español, Fernando Colina, que es muy interesante y es lo de que el sufrimiento no siempre tiene tratamiento, pero siempre tiene trato. Es decir, hay una forma de estar y de acompañar al que sufre que resulta terapéutica sin que eso sea tratamiento para ninguna enfermedad. Entonces, ese juego de palabras me parece que esconde una lógica alternativa y que da oportunidades a las personas de empezar a hacer lo realmente terapéutico, que es hacerte un relato, acabe siendo verdadero o no, pero es tu relato, de qué ha pasado para llegar

a esa situación: “yo tenía una vida, que tenía un futuro, que era como todos. ¿Qué ha pasado en mi vida para ahora verme en esta situación? Mano sobre mano, en una residencia, con discapacidad, cobrando una prestación, sin trabajo, sin amigos, sin familia. ¿Qué ha pasado? ¿Qué me ha pasado en la vida?”. Entonces, claro, la respuesta oficial es: “bueno, es que es una persona vulnerable”, pero realmente no hay un hecho biológico que explique eso, no hay un hecho biológico que permita un diagnóstico como en otras enfermedades, que permita monitorizar la evolución, no hay.

Entonces, tener una lógica de “¿qué me ha pasado en la vida?”, para mí tiene mucho que ver como... otra pregunta que decís en el cuestionario que me habéis enviado de lo que es la salud mental. Para mí, tener salud mental tiene mucho que ver con el autoconocimiento, con lo identitario, con conocerme, qué me ha pasado, cómo soy, qué soy, y por qué me he hecho así. Y eso un poco ha sido, cuando trabajaba, como un principio que he tratado de poner en marcha. Y en ese marco, para aprender, tuve la oportunidad de trabajar con los ministerios de salud tanto de Uruguay, como de Perú, como de República Dominicana, y he estado varios años en esos países haciendo labores de asesoría a los responsables que estaban tratando de poner en marcha recursos en la comunidad alternativos a los hospitales psiquiátricos. Y esa ha sido un poco mi vida profesional.

AG|KS ***Volviendo un poco sobre lo que nos ha contado sobre sus experiencias, ¿con qué tipo de población ha trabajado?, ¿Qué resultados ha obtenido en estos lugares?, ¿Qué dificultades? Además de la mirada de enfermedad que obstaculiza mucho también muchas cosas.***

MAC Mira, la población con la que he trabajado siempre ha sido personas con diagnósticos de trastornos mentales grave o severo, cualquier forma de esquizofrenia, de psicosis, depresiones graves, recurrentes, de estas que llaman endógenas, o trastornos de la personalidad severos que impedía una vida

más o menos funcional a la gente. Estos siempre han sido los perfiles, gente muy medicada... lo que se hace llamar pacientes crónicos, pacientes sin ninguna esperanza. Cuando nosotros trabajábamos, desarrollábamos unos protocolos para que sus psiquiatras, que venían trabajando con ellos, nos comentaran qué serían para ellos objetivos de trabajo realistas con sus pacientes, y ellos no tenían objetivos. ¿Sabéis la leyenda o el estigma de que esos pacientes no tienen una recuperación posible? No hay esperanza, entonces.

Curiosamente esos profesionales luego participan en campañas contra el estigma, pero esos profesionales son los que, yo creo, más contribuyen al estigma porque son los que no tienen ninguna confianza en la recuperación de sus pacientes. Los que, cuando se alteran o se enfadan, les ingresan en contra de su voluntad, quienes les aíslan, quienes incluso les atan, con lo que llaman contenciones. Es decir, que ellos con su práctica generan más estigma porque están transmitiendo que son personas con las que no se puede tratar, no se puede dialogar y son merecedores de estar encerrados, incluso aunque no quieran. Entonces esas personas no tienen futuro, no tienen ninguna esperanza, no se les pregunta cómo podemos ayudarles. Nosotros siempre hemos trabajado con esas personas. Hemos hecho mucha formación en hospitales, también he trabajado con personas que estaban en salas de hospital, hospitalizados a largo plazo, pero sobre todo siempre hemos trabajado con personas con esos perfiles, diagnósticos y de funcionamiento que viven en la comunidad. Hemos trabajado también mucho con las familias, con las familias de esas personas, como elementos fundamentales del contexto. Y eso han sido un poco las personas con las que hemos trabajado.

Desde el principio hemos tratado de hacerlo un poco con esa lógica de “bueno, si no les pregunta nadie, pues nosotros preguntamos”. Si nadie ha ido a su casa, nosotros siempre íbamos a su domicilio, y así descubrimos muchas cosas. Por ejemplo, que era un mito lo de que esas personas no tenían adherencia al

tratamiento. Lo que no tenían es adherencia a determinado tipo de tratamiento, pero no tenían ningún inconveniente en mantener con nosotros un trato humano, cordial, cercano, afectuoso, cálido. Entonces, desmontamos eso. Desmontamos lo que era, casi que las unidades de hospitalización son necesarias. Además, luego en Perú pudimos ponerlo en marcha porque en Perú, al principio, no había unidades de hospitalización para las fases de empeoramiento, entonces nosotros tuvimos que organizar atención domiciliaria, es decir, lo que aquí en España se le llama atención domiciliaria en fases agudas, hospitalización en domicilio. Lo que permite esto es que las personas pasen los peores momentos de re-agudización en su domicilio, eso sí, con una atención muy personal, que incluso puede llegar a estar 24 horas con un profesional acompañando a la familia y a la persona. Pero en otros lugares, se está resolviendo de formas muy variadas: hay casas de respiro, donde la persona puede ir a descansar tres, cuatro días, y pacientes recuperados les ayudan a pasar esos momentos hasta que puedan volver a estar en casa. No es necesario el ingreso y no es necesaria megadosis de fármacos para reducir los síntomas, porque los síntomas no son el problema, el problema es el sufrimiento, los síntomas son la expresión. Hay mucha gente que funciona muy bien con síntomas, no es el problema. Pero, como hay que quitar los síntomas y eso es sinónimo de curación, pues entonces hay dosis de medicación que impide que la gente pueda tener un insight respecto a lo que le pasa y desarrollar estrategias. Es que esto es de pura biología. Si tú te pones un neopreno para hacer submarinismo y vas a tomar el sol, pues no sabes si está haciendo frío o está haciendo calor, porque estás tan aislado del mundo que no tienes sensaciones, no puedes generar respuestas.

Entonces, el problema de lo que he hablado antes de “lo médico” es ese. Nosotros hemos tratado de ir generando respuestas, digamos, alternativas a esto. Por ejemplo, si tú tienes un súper problema, ¿dónde puedes ir a contarle? Pues vas a las salas de

urgencia de un hospital que está saturado y que es, por definición, el lugar más estresante del mundo, donde hay gente con infartos, hay gente con cólicos nefríticos del riñón. Ahí no puedes contar lo que te pasa porque no hay disposición para escucharte. Realmente lo que se te hace es medicarte o darte una palmada y decir que vayas mañana a tu médico habitual. Entonces, nosotros hemos puesto espacios para escuchar durante 24 horas a la persona, porque después de las tres, ya si tienes un problema, tienes que ir al hospital. Nosotros no hemos inventado esto.

En Trieste, que es como la cuna en Italia de la reforma psiquiátrica bien hecha, en Trieste de donde es originario Franco Basaglia, pues ahí los centros de salud mental están atendiendo 24 horas. Tienen camitas, digo camitas porque son muy sencillas, pero hacen una función maravillosa y es que, si alguien está tan nervioso, tan ofuscado, que no puede ir a casa y necesita cierta contención, pues ese centro se las da. Primero verbal, porque está la gente de su equipo que puede dar un paseo, hablar con él, sugerirle alguna estrategia psicosocial y si aun así sigue mal, se queda allí en una de esas camas. Por la mañana desayuna, “a ver, ¿cómo estás?”. La mayor parte de las veces, con una o dos noches las personas se vuelven a su casa, y te evitas un ingreso de siete, diez días. El hospital de Trieste prácticamente está vacío. Yo he estado ahí, la vez más larga, una semana, y en una semana ingresó una persona. Y es una ciudad de 300.000 habitantes. En Madrid hay 16 ingresos contra la voluntad de las personas a diario, en la Comunidad de Madrid. Es decir, el sistema de atención es muy importante. No quiero minimizar el sufrimiento de las personas, pero cómo respondemos a eso hace que se magnifique el problema o realmente se quede contenido con posibilidades de recuperación. Y ese ha sido un poco el trabajo que he tratado de hacer, de forma que las respuestas habituales en los países que llamamos desarrollados económicamente, no tienen por qué ser las únicas ni las mejores. Para mí, la hospitalización es un gran paso atrás, y siempre que se pueda evitar, hay que evitarlo y dar lo que la gente necesita:

un acompañamiento humano. El sufrimiento de las personas es un problema humano y tiene que ser resuelto entre personas, y generalmente en la familia pasan cosas, pues hay que trabajar en ese marco de la familia para que la familia pueda acompañar o aprender a acompañar a esa persona que está pasando en esa época tan mala de su vida. Yo creo que por ahí deberían ir las alternativas. Yo he trabajado como 35 años y no hemos conseguido apenas nada a nivel institucional.

Ahora, yo creo que es difícil hacer cambios a nivel institucional, pero el paciente que se encuentre con una persona que entiende su sufrimiento de esta manera, va a estar mejor que si encuentra una persona que solamente le medica y no le escucha. Entonces, a nivel micro, se puede hacer un gran trabajo si hay un equipo que trabaje bien en un hospital psiquiátrico. Es decir, lo que importa son las aptitudes y el tipo de relaciones que estableces con las personas, más que la estructura del sistema de atención. Es decir que en un hospital se puede hacer un buen trabajo, pero en un piso comunitario, por ejemplo, se puede hacer un mal trabajo. Yo he visto pisos comunitarios donde los pacientes eran tratados como niños o como idiotas, donde se les trataba a voces, se les supervisaba hasta el punto que ellos no tenían capacidad para decidir nada, si no hacían bien la comida casi que se les castigaba, se hacía una economía de fichas, de forma que parecían ratoncitos en vez de personas.

Entonces, a mí eso no me parece, aunque eso ocurra en la comunidad, no me parece un buen trabajo porque estás infantilizando y estás repitiéndole a la gente que son inútiles. En cambio, en un hospital, si tú tienes un acercamiento a esa persona que se levanta como todos los días de su habitación, o de su medio celda, y tienes un acercamiento con él, y le tocas y le preguntas y le escuchas, y le das un espacio para poder hablar, en realidad, sobre lo que él quiera y pueda de su experiencia, de lo que le ha pasado y de lo que le pasa, el trato es en sí terapéutico y la gente se siente mejor. Que lo ideal sería que estuviera en un

piso de la comunidad que en un hospital, sí, pero, si es en el hospital, lo importante es trabajar bien, estés donde estés. No soy muy optimista en que pueda haber grandes cambios, pero creo que, a nivel micro, determinadas formas de trabajar son mejores que otras y dan más beneficios a los pacientes unas que otras. Así lo entiendo.

AG|KS *Creo que se han respondido bastantes preguntas de las que estaban predispuestas. Ahí se encuentran las dificultades que usted ha encontrado en su trayectoria, en su historia de vida. ¿Por qué trabaja en el ámbito de la salud mental?*

MAC Mira, súper importante. Yo creo que trabajo en la salud mental porque no he conseguido trabajar en otra cosa. Entonces, he empezado casualmente en esto. Bueno, siempre me interesó mucho. Me interesó porque de joven he tenido un gran amigo que se volvió loco y fue bien duro. Siempre me llamó la atención la psicología. Cuando yo era joven vivía fuera de Madrid, y no había psicología en esa región de España, no se podía estudiar psicología. Entonces me fui a Madrid, estuve dos años estudiando psicología y me decepcioné mucho porque entonces era una psicología que pretendía ser muy científica; claro me parece adecuado, pero era muy conductual y todo era estudiar aprendizaje, Skinner con las palomas y los programas de condicionamiento, los refuerzos, me decepcionó bastante. Entonces lo dejé y, además, esos dos años de experiencia en Madrid me desbordaron personal e intelectualmente, y me dediqué a todo menos a estudiar más. He intentado vivir de cosas relacionadas con el arte, escribiendo, del teatro, he hecho teatro, fotografía, he hecho muchísimas cosas, pero sin éxito, de forma que, en ese tiempo, en esa región de España donde yo vivía, que no había psicología, pusieron y empezaron a impartir psicología. Una psicología en una facultad de humanidades, donde había un profesor que era un filósofo, Gustavo Bueno, que era un filósofo bueno e importante de Madrid, en España, y era una filosofía muy humanista, muy materialista, muy ligada al contexto, a las condiciones de vida materiales de las personas, y me enganché.

Pasé mi expediente, lo que tenía aquí. Prácticamente, no me convalidaron ninguna asignatura porque eran modelos muy diferentes, pero bueno, volví a estudiar psicología y me encantó. Me pareció apasionante, y los profesores que tuve me marcaron bastante. Uno de ellos, por ejemplo, se ha hecho recientemente famoso porque ha hecho un estudio donde relacionaba las crisis económicas y el desmantelamiento industrial de algunas zonas en España con los suicidios, es decir, él siempre trataba de explicar la psicopatología muy ligada a las experiencias de la vida, y a mí me resultó muy convincente.

Cuando acabé de estudiar, me llamaron para este programa en el 86 que se iba a abrir en Madrid, me fui a Madrid y desde entonces me he quedado en Madrid. Entonces yo creo que un poco de rebote, fue porque no conseguí vivir de otra cosa, y entonces me volví a enganchar de la psicología. Cuando llegué a Madrid y empecé a trabajar en este programa, me encontré lo que yo llamo la gran mentira, que es esto de la dopamina y de que las personas con esquizofrenia tienen una disfunción dopaminérgica y todo esto. A partir de entonces he dedicado mi vida a tratar de desmontar esta mentira que yo creo que impide que se haga otro tipo de tratamiento. ¿Por qué he estudiado salud mental? Pues, no sé si por mi amigo. ¿Por qué he estudiado psicología? No sé si por mi amigo, no sé si porque no conseguí vender un cuadro, no sé si porque una profesora que me dio clase le caí bien y me llamó para trabajar en este proyecto. Como casi todas las cosas, no se explican por una sola cosa, sino por un conjunto. Lo que sí es verdad es que lo que me mantuvo un poco es este espíritu artístico y creador, que siempre tenía, como que traté de ponerlo en marcha luego en mi práctica profesional. Y, por enlazarlo con el inicio de la conversación, se me viene a la cabeza que, claro, parte de mi desconcierto al jubilarme, al perder lo que me sujeta, que es mi trabajo, como que vuelve aquel joven Miguel que quiso ser artista y que abandonó eso por el trabajo. Y ahora estoy un poco con esa identidad múltiple, porque sigue en mí ese artista que ya no es joven, pero tengo, digamos, la vida económicamente resuelta. Pero hay mucho de

aquel Miguel joven que no cerró una actividad artística en condiciones o de forma satisfactoria y ahora aflora. Estoy pensando si volver a comprar pinturas y cosas así para intentar algo así. Yo creo que esa es la razón, una mezcla de razones, un poco de rabia porque se siga diciendo cosas que no son verdad, y yo estoy convencido de que quienes la dicen, los catedráticos, los jefes de psiquiatría de los hospitales, estoy convencido de que saben que no hay ningún tipo de evidencia, aunque a ellos les encanta hablar de evidencia, saben que no hay ninguna de evidencia de que no hay una disfunción cerebral que explique los problemas de la gente. Sus problemas se explican, insisto, por la biografía. Esto es lo que puedo decir sobre por qué he estudiado psicología y luego me he dedicado a salud mental.

AG|KS *¿Qué condiciones encuentra para desarrollar su trabajo desde esa perspectiva y en su contexto? Sí puede puntualizar en las dificultades de orden político e institucional a ese respecto.*

MAC Yo creo que me he encontrado en los compañeros siempre muchas ganas de intentarlo, he encontrado muchísima motivación por demostrar que las personas con estos diagnósticos no eran violentas, que eran personas que tenían futuro, que podían recuperarse. Esta fundación, que es muy potente, gran parte de su trabajo es construir puestos de trabajo; entonces cuando yo me fui hace tres años, había más de 300 profesionales y otros tantos ex pacientes trabajando en puestos de trabajo de proyectos de empresa que nosotros hemos construido, pero trabajando en todo tipo de puestos. Por ejemplo, todos los administrativos de esta fundación eran personas con discapacidad por problemas de salud mental, pero también los técnicos de mantenimiento, los conductores, cocineros... porque hay un abanico amplio en las empresas. Entonces siempre me he encontrado mucha motivación y confianza en los equipos que he coordinado para tratar de cambiar las cosas. Y el sistema es permisivo. Es permisivo siempre y cuando no atentes contra el núcleo central de su trabajo, que es básicamente la medicación y el diagnóstico.

Cuando yo estaba en Perú, nosotros teníamos en Madrid un proyecto de un par de grandes casas donde las personas con enfermedad mental que están en la cárcel podían salir a disfrutar permisos penitenciarios. Porque, claro, las personas con enfermedad mental en cárcel tienen el problema de que no pueden ni disfrutar los permisos penitenciarios porque no hay nadie afuera que les dé soporte. Entonces, nosotros en estos departamentos, en estas casas, facilitábamos que las personas pudieran salir y luego, cuando recibían el alta, que pudieran tener un colchón hasta que encontraran otro lugar donde vivir, etc. Y eso lo financiaba un laboratorio farmacéutico. Y yo, hablando en Perú... bueno, no era tan radical como estoy hablando con vosotras, pero sí comenté que la medicación no era la respuesta, que la medicación era una ayuda, una ayuda, a veces, inestimable, muchas veces imprescindible, pero que no era la respuesta. Que era como una muleta, pero que se espera que la persona un día pueda dejar la muleta y que no era la solución porque no estaba curando un déficit biológico. Entonces, por estas cosas que pasan y que el mundo es un pañuelo, alguien del laboratorio farmacéutico escuchó eso, y en Madrid se me hizo ver que podrían quitarnos la financiación para ese proyecto de permisos penitenciarios para personas en cárcel con enfermedad mental. Es decir, tú no puedes atentar contra eso porque, si atentas contra eso, estás poniendo en cuestión la esencia de su trabajo. Entonces siempre se nos ha permitido hacer casi lo que quisiéramos, siempre y cuando no atentáramos contra eso.

Otra de las unidades que pusimos en marcha era una unidad de atención temprana a jóvenes con primeras experiencias de tipo psicótico, Entonces, siguiendo los trabajos de Paul McGorry y otros en atención temprana. La idea es que, cuanto antes atiendas el problema, más veces puedes cambiar el curso del problema o, si se da el problema, es menos intenso, menos grave. En esa línea, nosotros pusimos en marcha una unidad de atención temprana para jóvenes con sintomatología que podría ser diagnosticada

como psicosis. En este programa nosotros hacíamos un trabajo, podéis imaginarlo, donde primábamos el funcionamiento de la gente antes que la reducción de los síntomas, y atendíamos a las personas en sus domicilios sin que tuvieran que ingresar. Y seguíamos las indicaciones del interesado, por ejemplo, “¿cómo estás?” “Estoy bien”, “¿Aguantas sin medicación?” “Sí, no quiero tomar medicación”. “Bueno, no te preocupes”. “¿Tampoco quieres un ansiolítico, una benzodiazepina?” “Bueno, una benzodiazepina.” Bueno, entonces le dábamos una benzodiazepina y le monitorizábamos 24x7 horas, incluso estábamos con él ahí en su casa e iba un psiquiatra a su casa. Todo intentando no actuar contra la voluntad del interesado.

La verdad es que los resultados de esta unidad, que se llama Unidad de Atención Temprana en Alcalá de Henares, que es una ciudad a las afueras de Madrid, que estaba inmerso dentro del sistema público, los resultados son espectaculares, pero hemos tenido que cerrarla porque los propios médicos del sistema no estaban de acuerdo con que no tratáramos a los pacientes con síntomas compatibles con el diagnóstico de psicosis tal como dicen los protocolos médicos. Las guías clínicas de atención dicen que, con esta sintomatología, hay que dar estos miligramos de risperidona y como nosotros no lo hacíamos, pues prácticamente nos cerraron la unidad. Y eso que la pagaba la fundación de su bolsillo. Entonces, tú puedes hacer lo que quieras siempre que lo que hagas sea lo que ellos dicen. Porque las reformas psiquiátricas, teóricamente, trajeron democracia a los equipos, pero no hay, en España, ningún centro de salud mental que no esté dirigido por un psiquiatra. Entonces tú puedes... hay trabajadores sociales, hay psicólogos, hay terapeutas ocupacionales, hay educadores, monitores, hay todo lo que tú quieras, pero el director es un psiquiatra. Y lo que se hable es una respuesta médica. Tú, en una reunión, no te plantees que, a lo mejor, si está nervioso, agitado, en vez de darle medicación hay que darle trabajo, no te plantees eso porque no tienes ninguna posibilidad. Teóricamente, en España, los servicios sociales que

se ocupan del bienestar social de la gente, de si tienen casa, si tienen trabajo, etc., deben estar en las redes de atención a la salud mental.

Yo he trabajado 35 años en Madrid en redes y no ha estado nunca sentado alguien responsable de los servicios sociales. Están, pero no se les espera porque la respuesta siempre es médica, siempre es la misma. Si alguien está nervioso, no se plantea que puede ser que esté enfadado, que esté cabreado, que se haya dado cuenta de que su vida es una mierda, hablando mal, y de que esté harto y de que quiera tirar algo por la ventana, se le da más medicación. Y los propios profesionales, ahora, se han acostumbrado a pacientes dóciles. Y si llega un paciente agitado, ¿qué es lo primero que hacen? Le mandan al psiquiatra para que les suba un poco la medicación porque así no podemos hablar.

Entonces, tenemos que aprender a trabajar con gente enfadada porque, de verdad, ponte en la situación de una de estas personas cuando tienen momentos de lucidez y ven su vida perdida, ven a sus hermanos con vida, ven la condescendencia con que les tratamos, el paternalismo, ven que no tienen futuro. ¿Cómo no van a estar enfadados? Entonces, puede que estén enfadados y agitados, tenemos que aprovechar eso, analizarlo bien; ese es nuestro trabajo. O sea, para atender gente y dar consejos, que venga otro, otro, otro, para eso no hace falta estudiar cuatro, cinco años y hacer luego posgrados. Nuestra tarea es conectar con gente también enfadada, con gente triste, y no resolverlo todo con medicación. Pero incluso, ahora, los servicios de rehabilitación, que cuando yo empezaba éramos un poco más “rebeldes”, creo que eso era una pregunta también. Creo que el gran problema ahora es el conformismo, hay mucho conformismo, no hay tensión. No hay un modelo alternativo que se oponga al médico. Entonces, ahora lo que se pide son más psiquiatras, más psicólogos, pero yo, de verdad, para que trabajen de esa manera no sé si es mejor que no haya. No sé, eso es lo que podría decir. Siempre me he encontrado mucha motivación en la gente, siempre me he encontrado mucha falta de apertura por parte de los que gobiernan.

¿Cómo puede cambiar eso? Yo creo que llegando al poder. Es decir, necesitamos que alguien que piense así o parecido, sea ministro porque ahora, en España, hay una ministra de sanidad que empieza a darle valor al tema de los determinantes sociales, y empieza a decir “Hombre, pues, a lo mejor, si alguien llega a casa todos los días de trabajar a las 8 de la noche y está que no tiene ingresos suficientes para pagar su renta, para la vivienda, y no puede enviar al colegio al niño o su mujer está en el paro, etc., pues a lo mejor es normal que no duerma bien”. Igual, el problema de insomnio tiene que ver más con su estilo y condiciones de vida. Igual hay que atender eso, igual hay que atender que los salarios apenas dan para llegar a fin de mes. Igual tiene algo que ver con la salud mental de la gente. Entonces, esta persona con este planteamiento ha nombrado una comisionada de salud mental, como la responsable de la salud mental; es una persona, una psiquiatra, que hizo su rotación libre (cuando tú acabas como psicólogo o como médico, para ser un profesional de la administración pública del Estado, tienes que pasar un examen y hacer unos años de especialización en los que vas rotando por diferentes tipos de servicio. Hay una rotación, que es la que llaman la rotación libre, que tú puedes ir a cualquier lado del mundo a aprender seis meses) con nosotros en Perú, cuando yo estaba en Perú, y estaba en nuestra casa y estuvo ahí 6 meses, entonces es una chica que pensaba exactamente así. Ahora está tratando de ir introduciendo que la salud mental no todo es biología, sino que también es contexto, condiciones de vida.

Entonces, ahora mismo hay un conflicto porque la sociedad española de psiquiatría biológica, que es la antítesis, no se queda callada y está defendiendo su punto de vista. Ahora, está interesante, y este aburrimiento que yo decía, este conformismo, parece que algo se está confrontando. Si no es así, las cosas no van a cambiar a gran escala. Por ejemplo, los problemas de los que hablo están resueltos. Las unidades de hospitalización, cuando alguien empeora, que a veces es un empeoramiento

como decíamos, vital, que realmente lo que está es enfadado, cabreado, triste, desesperado, no es que estés peor de tu patología psiquiátrica. No tienes por qué ir a un hospital, pero igual sí tienes que ir a un espacio de respiro donde puedas tranquilizarte, donde puedas recibir consuelo, ánimo, algún consejo, pero eso no tiene por qué ser en un hospital. Esos pisos de respiro, de descanso, ya existen en todo el mundo. Igual que existe la figura de los expertos por experiencia, que es una figura que a mí me encanta, y que nosotros pusimos en España en marcha por primera vez en esta unidad de atención temprana en Alcalá de Henares. Allí había un experto por experiencia, un PID, que hacía una labor maravillosa con los pacientes, pero también con el equipo porque era como “Pepito Grillo” que le decía al equipo “Oye, ¿por qué vamos a hacer eso? ¿Tú sabes si él quiere?”, y entonces “ah, pues, no” “¿No le has preguntado?” “Pues la verdad es que no” “Pues, pregúntale, porque cuando yo estaba mal me gustaba que me preguntaran...”, aunque sea un detalle por educación, pero es que perdemos la educación con los pacientes porque pensamos que están ahí para hacer lo que nosotros decimos y que no tenemos ni que preguntar. Entonces hay ya alternativas, solamente necesitamos que los gobiernos tengan valor y las pongan en marcha.

¿Sabes cuál es el problema? Los intereses de la industria y de algunos otros sectores que tienen, pues eso, intereses. España es un país, como sabéis, que, bueno... hemos salido de una dictadura y no se ha cerrado del todo y hay todavía vigentes muchos aspectos culturales de esa dictadura. Que eso era una pregunta que hacéis al final. Hay como una herencia de nuestro dictador, de este Franco, que está metida en una buena parte de la sociedad; hay una sociedad muy progresista y otra mitad muy conservadora. Y eso se nota en todos los órdenes. Se nota en el arte, se nota también en la salud mental.

AG|KS *¿Las políticas neoliberales, en su defensa a ultranza del individualismo y el éxito basado en el esfuerzo personal, pueden afectar también a la salud mental?*

MAC Claro, para mí eso es clave. Está muy ligado a todo esto que comento porque... claro, deberíamos hablar de comunidades vulnerables antes que de individuos vulnerables. O comunidades cuidadoras que te protegen, no comunidades que buscan ver cómo te explotan. Esas comunidades opresoras son comunidades que generan mucho malestar y muchos individuos que hacen crack, pero son individuos que, antes de ser vulnerables, pues eso que decíamos al principio, han sido vulnerados en sus derechos. Eso lo explican muy bien Wilkinson y Pickett, en un libro sobre el origen de la infelicidad humana, (Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Richard Wilkinson y Kate Pickett, 2009, que habla de lo importante que resulta ser la desigualdad para explicar la salud mental. En los países, llamados, ricos, el problema es la amenaza constante a la que estás sometido para mantener su estatus, tu trabajo, tu salario, porque generas deudas y no puedes quedarte sin trabajo. Entonces, estar sometido a esa tensión permanente y carecer de apoyos del Estado. Aquí en España está de moda decir que “sólo el pueblo salva al pueblo”, es decir, como que el Estado, la administración, es lo peor que hay porque solamente te cobra impuestos. Sí, pero resulta que cuando hay un problema, todo el mundo clama que la administración le ayude, que le ayude a encontrar trabajo o que le devuelva su casa que se ha llevado la riada, ...

Entonces aquí ahora es el auge del individualismo también. El hombre se hace a sí mismo, y si no se hace a sí mismo merece lo malo que le pase, es su problema, no ha dado la talla. Para empezar, no hay igualdad de oportunidades que permitan a la gente competir en condiciones de igualdad pero, aunque la hubiera, yo creo que esa idea del hombre que es dueño de sí mismo, su propio empresario, y cosas de estas, es un error porque te desvincula de lo que nos hace humanos, de la esencia,

que es lo gregario; la cooperación es propia del ser humano y nuestros logros, personales y sociales, son colectivos. Entonces un hombre solo es bien sabido que no consigue nada, pero esto se inventó cuando la socialdemocracia más o menos estaba creando sociedades que atendían a los menos favorecidos y, de alguna forma, redistribuía la riqueza.

Pues claro, alguien como Margaret Thacher o Reagan, en Estados Unidos, decidieron que eso no podía ser porque estábamos perdiendo mucho negocio. Recuerdo una entrevista en la que le preguntaban a M. Thatcher si iba a cambiar los principios económicos y ella dijo algo, como una frase histórica, “No, lo que vamos a cambiar es el corazón de la gente, y luego la propia gente querrá cambiar los principios económicos”, y el corazón de la gente es que nos hicieron creer que nosotros somos suficientes para vivir nuestra propia vida y no necesitamos a nadie. Y realmente no hay nada más falso hablando de seres humanos, somos sociales por naturaleza, y lo que somos, lo somos en relación con los otros. Entonces, esta idea de que somos seres individuales y que no necesitamos a nadie, hace que, cuando estamos con necesidades, nos dé hasta vergüenza compartir nuestras dificultades, o hablar de los sentimientos que se llaman “negativos”, como la tristeza. No es un sentimiento negativo, es un sentimiento tan humano como la alegría y la gente... como que nos cuidamos, no hay problema en compartir los momentos malos, pero si pensamos que somos menos capaces por mostrarnos débiles es agotador.

El filósofo surcoreano Chul Han, habla de “La sociedad del cansancio” (La sociedad del cansancio. Byung-Chul Han. Herder, 2024): somos nosotros mismos, nuestros mayores, digamos, vigilantes, de cómo lo estamos haciendo, nadie es más crítico que nosotros mismos, ni el juez más crítico es tan implacable como nosotros mismos, y esto es agotador. Y ese, por cierto, es el origen de la psiquiatría, que es una ciencia... bueno, ahí meto también a la psicología, porque muchas veces es como la hermana pobre y aspira a ser psiquiatría, tener ese poder

social. Ha nacido como una disciplina de orden y de control. La psiquiatría nace en las grandes instituciones, entonces en el siglo 18, que tenían esa distribución redonda, y desde el centro había posibilidades de vigilar a todo el mundo. Entonces, llegaba un momento que los vigilados, que estaban en el perímetro de la circunferencia, y el vigilante en el centro, no saben si el vigilante está viéndoles o no, de forma que te acabas controlando tú mismo. Entonces esto es un poco lo que pasa, que nosotros somos nuestros propios dueños, nuestros propios jefes y esto es agotador. Construimos sociedades que no nos protegen, sociedades que no nos cuidan, sociedades que hacen lo posible para que no tengamos lazos sociales.

He leído un estudio de Harvard, de muchos años de seguimiento, sobre la felicidad de la gente (*El Estudio sobre Desarrollo Adulto* comenzó en 1938 con cerca de 700 adolescentes. Algunos de ellos eran estudiantes de Harvard, otros vivían en los barrios más pobres de Boston). Han seguido a cientos de personas durante 80 años, es un estudio súper completo. Entonces, ha tenido 4 directores y el último, Robert Waldinger, dice, en el libro en el que cuenta su experiencia: “Si ahora tú tienes una hora libre y quieres dedicarla a tu salud, llama a alguien con quien hablar, que hace tiempo que no hablas, date un paseo con un amigo, tómate un té con tu esposa y habla de tus hijos, llama a un hijo que hace tiempo que no hablas, toma contacto humano”, porque las variables que encontraron que explicaba el sentimiento de haber tenido una vida feliz, en estas personas que siguieron durante 80 años, es la sensación de haber estado acompañado y con buenos contactos sociales. La calidad de las relaciones personales marca el sentimiento de felicidad. Entonces, eso se hace en comunidades que facilitan el encuentro de la gente, pero lo que hacen estas sociedades son centros comerciales, que allí no hay ni bancos, porque si te paras, no compras, entonces no mola.

Hay que intentar tener espacios de encuentro. Y son terapéuticos. Los espacios de encuentro son en sí terapéuticos. Yo me he

formado en esto de grupos multifamiliares donde los pacientes y sus familias se encuentran, y al final iba gente del barrio porque la gente nunca había participado en lugares donde se podía hablar de todo, delante de todos, entonces eso era como una cosa muy tribal, y engancha. Y engancha porque está en nosotros, porque eso sí que está en nuestro ADN, así que ojalá podamos, si no nos lo organiza nuestro ayuntamiento, nosotros organizar nuestro grupito donde las relaciones sean de validarnos, de reconocernos, de tolerarnos, etc. Grupos un poco contra hegemónicos, es decir, no eres mejor porque saques más nota, porque tengas más, vales lo mismo.

Nos pasaron anécdotas muy interesantes. Uno de nuestros proyectos es el famoso huerto terapéutico. Yo creo que en todas partes del mundo se hace huerto con los pacientes, y respectivamente, los huertos generan buen rollo en los pacientes. Entonces tuvimos unos estudiantes en prácticas que se preguntaron: “¿por qué funcionan los huertos? ¿Qué pasa en los huertos?”. Porque la gente venía y veía los ambientes en el huerto, la gente estaba tan bien y se recuperaba tanto, que decían: “pues yo voy a hacer un huerto”, como si plantar tomates ahora fuera mejor, que no sé, que la risperidona. Pero claro, entonces, ¿qué encontraron? Encontraron una serie de variables que tienen que ver con eso, con el encuentro humano, con la tolerancia, con la aceptación. Lo que tú no puedes hacer es ser monitor terapéutico de un huerto y tratar a la gente a voces, o decir: “eso muy mal, eso muy bien, tú eso no lo hagas, que no se te da bien, tú haces esto y tú haces lo otro”. Entonces, las claves del encuentro, de la decisión, de no fijarte tanto en el síntoma y más en el logro, yo creo que son claves que explican que unos espacios produzcan satisfacción, que produzcan felicidad, que te apetezca volver y otros que te apetezca escapar y no volver.

Entonces es súper importante que encontremos espacios que sean como nuestros huertos terapéuticos en esta sociedad, que ahora supongo que no durará siempre, pero en este momento el neoliberalismo, este capitalismo brutal, estruja bastante.

Entonces no sé, pero son decisiones importantes porque tienen muchas veces que decidir si este trabajo en el que voy a ganar más, pero voy a “vivir menos” me interesa. ¿Qué es vivir más?, o ¿para qué estoy aquí? Eso, para mí, es salud mental, hacerte esas preguntas. Y, normalmente, no tienes mucho tiempo, pero en estos grupos, en estos espacios que pueden ser de amigos, de conocidos, de estudiantes, estos espacios son realmente sanadores.

AG|KS *Siguiendo esta línea de estas metodologías nuevas, innovadoras, que hacen que la conversación salga y que haya estas relaciones de forma más tranquila, la conversación se dé no entre un conocedor y yo, ignorante, sino también entre todos como iguales, ¿considera que las personas que trabajan en salud mental, en su contexto, tienen la formación y la disposición necesarias para hacerlo?*

MAC No, no tenemos esa formación porque es una formación básicamente clínica, en el peor sentido de la palabra. Cuando la psiquiatría se mostró incapaz de diagnosticar y de tratar adecuadamente a las personas, (David L. Rosenhan - 22 de noviembre de 1929 - 6 de febrero de 2012- fue un distinguido **psicólogo estadounidense** y profesor emérito de la **Universidad de Stanford**, conocido por el **Experimento de Rosenhan** de 1973, que fue publicado en la revista **Science** con el título «*On being sane in insane places*» que consistió en enviar a pacientes a hospitales y realmente a todos les diagnosticaron cosas y luego todos se declararon que no eran pacientes, que eran personas normales y corrientes, que no tenían ninguna patología), aquella psiquiatría quedó un poco en evidencia en su incapacidad de diagnosticar e inventaron el DSM-III en 1980 y no sé qué, que es una clasificación de enfermedades por sus síntomas. Tú solamente tienes que chequear si tiene estos síntomas y eso te lleva a un diagnóstico y luego te lleva a un tratamiento. El problema es que eso es a costa de olvidarte de la persona, de la psicopatología en el sentido más clásico de “bueno, ¿qué le pasa?” Entonces pasamos a preguntarnos qué tiene, en vez de qué le pasa o qué

le pasó. La pregunta clave que tenemos que hacernos es: ¿qué te pasó?, ¿En qué puedo ayudarte?, y no, ¿qué tienes? Entonces la gente necesita que le expliquen esto y que le enseñen a escuchar básicamente a la persona y a trabajar con ella.

Yo me he formado también en diálogo abierto, que es este modelo finlandés que tiene unos resultados espectaculares en Laponia, simplemente hablando con la gente y con su contexto. Cuando alguien tiene un problema, se organizan reuniones donde se dialoga sobre el problema de esa persona desde el punto de vista de esa persona, de su familia, de su empleador, de sus amigos. Los resultados son espectaculares, toman algo de medicación, pero mucho menos, prácticamente no hay ingresos. Las recuperaciones son, a largo plazo muchísimo mayores. Entonces necesitamos estudiar cosas diferentes, necesitamos estudiar más de psicología normal, de psicología evolutiva, necesitamos estudiar menos de psicopatología del DSM III basada en síntomas, porque eso no ayuda a la gente.

Mira una anécdota que se me viene. Yo, cuando me jubilé ya os conté que lo pasé muy mal, estaba muy nervioso, muy nervioso, estaba inquieto, no sabía qué iba a ser de mi vida, qué tenía que hacer toda la mañana, si no era trabajar y realmente lo pasé mal y empecé a ponerme afónico, no podía hablar. Entonces, todo en la misma onda, empecé a pensar que podía tener un cáncer de garganta, porque cuando yo era joven y quería ser artista me ganaba la vida siendo fotógrafo de un hospital y hacía muchas fotos a operaciones, y una de ellas, las que más huella me dejaron, eran cánceres de laringe. Entonces, yo empecé a estar afónico y vino a mí que yo podía tener un cáncer de garganta y lo pasé fatal. Entonces decidí irme a un médico privado que había atendido a mi hijo cuando tenía problemas de otorrino y fui y le empiezo a contar mi vida y digo: “mire, mire, lo que me pasa... pasa esto, me pasa esto” y cuando ya llevaba un minuto hablando dice: “pare, pare, pare, porque, si le dejo seguir, usted es capaz de contarme su vida, pare, pare, a ver, siéntese aquí”, entonces me llevó a una mesa, me hizo abrir la boca, me sacó la

lengua, me miró y dijo: “mire, ya le digo. Usted no tiene ningún cáncer, lo que pasa es que está usted más nervioso, que está usted tenso y toda esa tensión psicológica ha ido a sus cuerdas vocales que se han resecado tanto y prácticamente no puede hablar, a usted le voy a recetar lorazepam cuatro días y usted con eso va a ir nuevo”. Me fui, me tomé lorazepam y me quedé nuevo. Entonces, la pregunta es: ¿este hombre resolvió mi problema? No sé. Bueno, yo me respondo y es que yo creo que no, como que resolvió mi síntoma. Es decir, mi sufrimiento se me había puesto aquí en mi garganta y él me curó esto.

Yo no soy psicoanalista, pero me gusta la lógica, esa de que uno acaba expresando en el cuerpo qué somos, lo que tenemos, nuestros sufrimientos. Bueno, pero si tú no solucionas el problema real que era: “¿qué hago ahora con mi vida?” Voy a seguir haciendo síntomas y mi esposa te dirá que sí que he seguido haciendo síntomas, es decir, ¿ha resuelto mi problema? Yo creo que no. Ha resuelto su problema como otorrino sí, me lo ha resuelto, pero realmente es que mi problema no era de otorrino, mi problema era de otro orden, era un problema psicológico de desconcierto identitario, etcétera, pero eso se me viene ahora para explicar la diferencia entre solucionar el síntoma y solucionar el problema de la gente. No es porque la gente delire o que la gente escuche voces, pues ni el delirio ni la voz son el problema, sino qué sentido está teniendo y qué función está teniendo esa sintomatología. Entonces hay mucha gente que trabaja en esto, que tiene planteamientos así súper integradores y que de verdad ve los síntomas con su funcionalidad; entonces va desmontando la idea de que todos esos síntomas forman una única unidad con entidad nosológica que es la esquizofrenia.

Sabéis que ya prácticamente nadie defiende que hay esquizofrenia y nadie diagnostica eso porque es una sentencia de muerte, para empezar, y segundo porque prácticamente todo el mundo se lo cuestiona pero, bueno, entonces creo eso, que

la gente está en buena disposición, pero necesita una ayuda y necesita algún modelo, necesita leer a Pichon-Rivière, (Enrique Pichon-Rivière -Ginebra, 25 de junio de 1907 - 16 de julio de 1977- fue un médico psiquiatra francés nacido en Suiza, nacionalizado argentino, considerado uno de los introductores del psicoanálisis en Argentina y generador de la teoría de grupo conocida como grupo operativo, herramienta de suma importancia en la psicología social) necesita conocer a Bowlby (John Bowlby, Londres, 26 de febrero de 1907 - Isla de Skye, Escocia, 2 de octubre de 1990, fue un psicoanalista inglés, notable por su interés en el desarrollo infantil y sus pioneros trabajos sobre la teoría del apego), necesita conocer a Lisa Barrett que es una neuropsicóloga que explica nuestro comportamiento en términos de programas cerebrales. El cerebro es como un economista y trata de ahorrar tiempo, no puede decidir en cada momento, entonces funciona con programas y si yo lo he pasado mal un día en un ascensor, pues cuando me acerco mi cuerpo me dice: “uy un ascensor” y me da ansiedad para que no vaya, no entre, para que vaya por la escalera y así pude desarrollar una fobia, pero hay que tratar de comprender que esa sintomatología tiene un origen en la experiencia. Entonces los profesionales tienen que ser formados de forma diferente, pero los catedráticos de psiquiatría, los jefes de hospital de psiquiatría son gente que tiene el modelo del DSM y, si eso no cambia, los profesionales difícilmente van a cambiar y los jefes de los territorios de las áreas de salud tampoco dan mucha cancha a las variables sociales para explicar los sufrimientos, prefieren medicar. Entonces, si los jefes de salud mental son siempre psiquiatras, las respuestas siempre van a ser psiquiátricas. No es un problema de más medios, de más médicos. Es un problema de trabajo de los necesarios, pero trabajando de forma diferente.

AG|KS *Continuando con todo este asunto que nos está mencionando de la formación, quisiéramos también saber, además de ese aspecto formativo – teórico, ¿considera que las personas que trabajan en el ámbito de la salud, en su contexto, tienen la formación y la disposición necesarias para hacerlo? ¿Esta capacidad -o su ausencia- incluye también el trabajo interdisciplinario?*

MAC Sí, bueno, yo creo que la formación de los profesionales de la terapia ocupacional, del trabajo social, la educación social, los monitores de tiempo libre, la formación es espectacular, la enfermería me parece una profesión clave. Recientemente en España hay una especialidad de enfermería en salud mental comunitaria maravillosa. Yo creo que la formación es increíblemente buena y su motivación es grande. Siempre, yo que he trabajado en los equipos, las personas están deseando trabajar, ayudar, no ven un problema en el horario. Mi experiencia siempre es maravillosa en ese sentido. El problema es que necesitan un norte, un trabajo en equipo en torno a una teoría; la gente trabaja sin teoría entonces, o te formas fuera y accedes a alguna teoría que te permita comprender por qué a esa persona le pasa lo que le pasa o si no estás a ciegas y entonces hay muchísima gente con el síndrome del profesional quemado.

Por ejemplo, yo he estado supervisando a una psicóloga que estaba trabajando en un hospital psiquiátrico, entonces me cuenta casos como el de una paciente que se dedicaba a atascar los váteres; cogía papel higiénico, ropa y atascaba los váteres. El problema es trabajar con eso sin una teoría en una unidad donde los equipos no se reúnen y donde el jefe tiene la teoría de que son pacientes irrecuperables y que si hace eso hay que medicarla más. Entonces tú te has formado, te has ilusionado para destrozar químicamente a la gente porque conseguir que esa persona no se mueva y no haga eso es a base de dejarla babeando en una silla, y entonces la gente dice: “¿yo he trabajado para esto?”. La gente necesita tener esperanza y darles la oportunidad de que su trabajo puede ayudar a los otros, de que

es necesario su aporte en el equipo. Entonces, para empezar, en esta unidad del hospital psiquiátrico ya no se reunían, ya no hablaban de los casos. El caso no es si lo que tiene es una manía depresiva o una psicosis paranoide, sino ¿por qué hace eso del váter? ¿Qué habría que hacer? Y a veces llegan a que hay que encerrarla y entonces se va reduciendo cada vez más la vida de esa gente. Tienes sombras de personas, no tienes seres humanos y eso frustra a la gente.

Entonces, siempre he encontrado disposición y disfrute porque, a la gente que le gusta la salud mental, quiere comprender el comportamiento de la gente. Pero entonces, ¿qué pasó?, que nosotros dijimos: “mira, yo no sé exactamente por qué lo hace, pero sé lo que puedes hacer para que no lo haga y es que simplemente mires cuándo lo hace y en los momentos que lo hace, alguien vaya a hablar con ella”. “No, pero entonces es que ¿esa persona tiene que hablar con ella todos los días?” y yo digo: “claro, es que es una persona y necesita hablar con alguien”. “Pero entonces, ¿cómo hacemos? Si es que no podemos hablar con todos”; digo: “ya, pues, entonces tendrás que repartirte, pero ¿cuándo fue la última vez que habló con ella 10 minutos como ser humano, que le preguntó por su familia, por cómo está, qué siente?, ¿cuándo fue la última vez que le dijo que está muy guapa si se arregla? ¿Quién la ayudó a arreglarse, a peinarse?, ¿Quién la ayudó?”. “No, nadie, nadie, es que no hay tiempo para eso”. “¿Cómo no hay tiempo?”. Luego, ves que la gente, como está quemada, pasa su tiempo en el office con profesionales hablando de los cumpleaños de sus hijos, enseñándose fotos. Porque con los pacientes está mal, porque es aversivo estar con los pacientes así, porque no sabes qué hacer, estás sin teoría, no sabes qué hacer. En cambio, cuando tienes teoría, cuando tienes una, ya me da igual cuál, pero con una teoría puedes comprender por qué la gente hace lo que hace y puedes tratar de conducirlos hacia una vida mejor, más humana. Entonces la gente necesita eso, la disposición es muy buena, pero la teoría biologicista no funciona.

AG|KS *Si hay, como usted nos cuenta, esta disposición, por un lado, y una muy buena formación de cada disciplina como tal, ¿por qué cree que esta conexión con una teoría para el manejo del equipo no está tan clara o simplemente es totalmente ausente?*

MAC Digo que la formación es muy buena porque estudian fisiología, estudian anatomía, estudian farmacología, estudian motivación, estudian trabajo en equipo, estudian muchas cosas durante tres años, en los mejores hospitales, pero el eje de todo eso es un modelo médico que explica que la persona que está en el hospital está mal porque le pasa algo en su cerebro. Entonces eso centra todo y eso pervierte todo. Entonces todo lo que estudiaste realmente no te vale para nada, porque luego es el médico el que receta lo que hay que ponerle, y tú simplemente eres un cuidador, alguien que se cuida de darle la medicación. Es decir, es una minimización de todo el esfuerzo que hace el Estado, y tú estudiaste algo bien complejo con lo que te ilusionaste muchísimo, para que luego se reduzca a prescribir la medicación y a controlar y a castigar.

El personal en salud mental básicamente es un personal que castiga más que otra cosa, y entonces nos hemos acostumbrado a castigar y el castigo sabéis que es lo peor que se puede hacer, pero acabamos castigando mucho, castigando de formas muy variadas. En algunos lugares físicamente, pero otras veces castigamos no mirando, no parándonos, no preguntando, no intentando, no soñando. No dejan de ser formas de castigar. Entonces, ¿para eso hemos estudiado? Yo creo que no.

Cuando a la gente le das la oportunidad, se ilusiona y se engancha. ¿Sabes por qué? Porque da resultados. Entonces esa persona a la que nadie hacía caso, que se dedicaba a atascar los váteres, quizá era porque pasaba cosas, porque conseguía efectos sobre algo. Otros me dicen: “No, es que hay muchos con conductas repetitivas, encienden y apagan la luz, otro apaga la tele”; digo: “porque puede que sea lo único sobre lo que puede tener control, coger el mando cuando se despista alguien y apagar la

tele". "Joder, he hecho algo". Es que es lo único que hace en su vida, y si tú le das otra tarea, coño, que cuide una planta, que dé un paseo con alguien, que arregle, que traiga periódicos, que ventile, que barra, pues ya puede hacer otra cosa y no necesita apagar la tele para que le hagas un poco de caso, no sé.

Cuando tú haces eso, la gente cambia. Y entonces, la gente se ilusiona, y trabaja mejor, y los pacientes viven mejor, pero necesitan una teoría, una teoría que no sea: "tiene un problema en el cerebro, voy a darle más medicación porque está muy revuelto". Estar muy revuelto es que se acerca la visita de su hija y no sabe cómo la va a ver, y no quiere ver a su hija, y le da vergüenza porque le quitaron a su hija hace 12 años y no sabe cómo la va a ver. ¿Cómo no va a estar revuelta?, digo: "pero, ¿leéis las historias?, ¿escribís las historias?" Dicen: "no, prácticamente no hay nada escrito en la historia". "Entonces, ¿cuál es el tratamiento que seguís?" "No, el tratamiento es el que dice el psiquiatra. Cuando está peor, le sube". Bueno, ese es el destino de la gente. Eso es en los hospitales; fuera, pues, un poco parecido. Un poco parecido porque la terapia, en los casos llamados graves, no existe, porque prácticamente con los locos no se puede hablar, entonces no existe nada que tenga que ver con lo psicoterapéutico. Simplemente, es medicación y actividades de ocio, pero sin ninguna profundidad, sin ninguna intención que ocupe en el tiempo. Claro, eso es mejor que estar en el hospital, como acabo de describir. Eso es mejor. También es verdad que es a costa de las familias que son, pues, las grandes olvidadas, y las familias también necesitan que alguien les explique qué ha pasado, a veces se les culpa, a veces se les ignora, y hay que hacer mucho, pero si la gente tuviera esperanza en que su trabajo puede mejorar la vida de la gente, creo que se haría con más ilusión y se producirían mejores resultados.

AG|KS *Entendiendo, como usted nos menciona, que no se debería regir como estrictamente esa perspectiva biologicista, ¿qué teorías y disciplinas cree que deberían hacer parte de esa formación?*

MAC Bueno, a mí me encanta este modelo que te decía en que me he formado. Lo último que he hecho en mi vida profesional ha sido esto de diálogo abierto. Un psicólogo finlandés que se llama Jaakko Seikkula (Jaakko Seikkula, nacido en Kalajoki, en Finlandia en 1953, es profesor de psicoterapia de la Universidad de Jyväskylä y psicólogo con más de cuatro décadas de experiencia) tiene algunos libros escritos y entre ellos uno que se llama “Diálogo abierto” que me parece realmente rompedor y tiene resultados muy buenos. A mí me encanta también Jim Van Os, (Jim van Os, nacido en 1960, es un académico y psiquiatra neerlandés. Es profesor de Psiquiatría en la Universidad de Utrecht y director médico del Centro del Cerebro de la UMC Utrecht, Países Bajos) un psiquiatra holandés que está contra la etiqueta, por ejemplo, de la esquizofrenia, y él trata de comprender efectivamente desde otros puntos de vista los síntomas de la esquizofrenia. Me encanta también cómo lo explica. Me gusta mucho Richard Bentall. Richard Bentall es un psicólogo británico que también tiene trabajos espectaculares donde relaciona autoestima con paranoia, por ejemplo, o con depresión; cómo la gente, cuando está muy deprimida, puede salir de eso pensando que es Cleopatra o Marco Aurelio y eso le sube el ánimo, y cómo cuando realmente le quitas el delirio con fármacos vuelve otra vez a deprimirse. Entonces me parece súper interesante comprender el sentido y la función de los síntomas, sin acudir a una supuesta enfermedad.

Stephen Porges, que es un neurocientífico, tiene una teoría, la teoría polivagal, que es una teoría que habla de cómo nuestro sistema nervioso se adapta al medio. Esta es una biología integradora. Por ejemplo, explica su teoría polivagal como si... hay vídeos que se ve que una pantera o un puma va a coger a un zorro o a un chacal y el zorro de repente queda muerto, queda paralizado, porque ante una amenaza de muerte tu cuerpo se

paraliza y entonces él sienta las bases, pero luego el puma se va y el zorro revive como milagrosamente. Entonces él sienta las bases para el tratamiento del trauma, porque muchas veces el trauma lo que te hace es que te escinde y te paraliza emocionalmente. Hay otra teoría que me encanta que es la teoría del trauma informado. La teoría del trauma informado, de Beth Filson, (Beth Filson es reconocida internacionalmente por su aportes para la mejora de los servicios desde la perspectiva de los cuidados conscientes del trauma. Es superviviente de la psiquiatría y consultora independiente que provee apoyo técnico y capacitación a profesionales en este modelo en servicios de hospitalización y comunitarios) habla de cómo los profesionales debemos saber el efecto negativo tan grande que tiene retraumatizar a la gente en los hospitales o las residencias donde trabajemos. Cómo a veces algunos castigos son retraumatizaciones que de alguna forma cierran la puerta a la recuperación.

Es decir, la relación que establecemos con los pacientes no es neutra. No se puede abrir una residencia, contratar a personal y decir: “a atenderles”. No, tenemos que trabajar en cómo les vamos a atender porque es muy sensible que les atendamos de una manera o de otra. Cómo nos relacionamos ante esta situación o esta otra. Entonces la teoría del trauma informado me parece fundamental. Y bueno, no sé, me encanta luego, ya te digo, John Read. John Read es también otro psicólogo que relaciona mucho el diagnóstico con las experiencias adversas en la infancia. Entonces, nosotros hemos puesto en esa fundación una unidad que llamábamos “Casa Verde”, que trabajaba con mamás con psicosis y sus bebés. Cuando nosotros pusimos en marcha esa unidad, a las mamás con psicosis en la Comunidad de Madrid se les retiraba la custodia en un 40%. Si tú tenías psicosis y tenías un bebé, se te quitaba el bebé. Nosotros, en los años que estuvimos haciendo esta investigación con la Universidad Complutense de MAdrid, de 107 mamás, solo a una se le quitó. O sea, hemos pasado del 47% a menos del 1%. ¿Y qué hacíamos? Estar para apoyar. Preguntarle a mamá “qué necesitas,

qué pasa”. “Estoy muy mal”. “No te preocupes, nosotros cuidamos al bebé”. Es decir, estar en disposición de dar apoyo a la mamá.

Entonces, me encanta Pichon-Rivière, me encanta Bowlby, toda la teoría del apego, me encanta porque habla de lo importante que son los vínculos. Patricia Crittenden es una psicóloga norteamericana que habla de que el terapeuta, los profesionales, tenemos que ser figuras que ayuden a los pacientes a transitar de lugares muy dolorosos a otros más favorables. Y no pueden hacerlo solos. Igual que el bebé o un niño, cuando empieza a andar, tiene que tener cerca su figura de apego. Los profesionales somos fundamentales, reconocernos tan esenciales en el tránsito de recuperación de los pacientes. Entonces, hay tantas referencias que no puedo quedarme con ninguna, pero lo que no podemos es, los profesionales, andar por ahí desnudos sólo con la teoría del DSM, de que si tiene cuatro síntomas tiene no sé qué y hay que darle paliperidona (paliperidona es un antipsicótico que se usa para tratar la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo).

AG|KS *Y, por otro lado, quisiéramos saber, ya fuera de estos aspectos teóricos ¿cree que los aspectos éticos y políticos involucrados pueden ser enseñados o hacen parte de una característica previa de cada persona?*

MAC Yo creo que el tema de los derechos es clave, creo que podría haber solo un modelo que tuviera que ver con el respeto a los derechos humanos. ¿Sabéis la famosa convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad?, (La “Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas o Derecho internacional de los derechos humanos destinada a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. El texto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en su Sede en Nueva York, y entró en vigor el 3 de mayo de 2008) que habla de que las personas con discapacidad o diversidad funcional tienen derechos y que no podemos saltarlos gratuitamente. Por ejemplo, el de los ingre-

sos contra la voluntad de las personas; no se puede ingresar a nadie en contra de su voluntad. En España se ingresa a la gente en cuanto no quiere tomar la medicación. Hay lugares donde las personas deciden si quieren o no tomar medicación y ha habido sentencias judiciales que dicen que las personas tienen derecho a recuperarse con o sin medicación. A ti no te pueden operar porque lo decide alguien, tú tienes que dar tu consentimiento para que te operen. En salud mental, la práctica habitual es saltarte los derechos de las personas. Simplemente, ser respetuoso con los derechos que implica informar de los efectos secundarios de los tratamientos, darle a la persona la opción de tomar este medicamento o el otro, sabiendo las alternativas que tienen. Eso simplemente marcaría un cambio revolucionario en la práctica.

Entonces, la ética de cada profesional también le lleva muchas veces a verse entre la espada y la pared. Si quiere trabajar, tiene que hacer determinadas prácticas porque prácticamente no hay otros lugares donde se trabaje de otra manera. Entonces, lo de las contenciones mecánicas es otro abuso de los derechos de la persona, no puede atarse a nadie, eso se ha definido por Naciones Unidas como tortura. Eso no se hace por el bien de los pacientes, es porque no tenemos tiempo ni disposición para atenderle de otra manera, así es. Hay lugares en el mundo donde las contenciones mecánicas están prohibidas por ley y no se hacen, y no se ha parado el mundo, ni hay locos por la calle matando a nadie.

Por lo tanto, los derechos de las personas tienen que ser rigurosos y escrupulosamente cumplidos porque, si no, se puede terminar haciendo cualquier cosa. Las terapias más aberrantes, siempre fueron de la psiquiatría, desde las lobotomías a los electroshocks, pasando por los choques insulínicos con venenos, todo tipo de choques. Se trataba de que eso iba a hacer reaccionar a la persona, pero se han hecho todo tipo de experimentos aberrantes. Esa es la gran tecnología de la psiquiatría. Y ahora es la medicación que, como sabéis, está reduciendo la vida de

las personas, desde que los toman. Desde la adolescencia que muchos empiezan, unos 15 años de media de vida están viviendo menos las personas que toman a largo plazo medicación; pero bueno es lo que hay, no hay otra cosa. Nadie se plantea experimentar con modelos que toman minidosis.

Además, los estudios a largo plazo lo demuestran. Cuando tú tomas mucha dosis en las primeras crisis, se resuelve la crisis, pero te cronificas, no te recuperas funcionalmente, tu vida no vuelve a ser como antes. Las personas que toman pequeñas dosis de medicación con periodos de descanso, con intervalos, tardan más tiempo en recuperarse, pero cuando lo hacen, recuperan su vida. Hay estudios aleatorios y descriptivos que lo demuestran. ¿Por qué no se hacen? No lo sé, pero es derecho de la persona saber qué toma, decidir qué toma, etcétera. En Noruega, en Oslo, hay un hospital, se me viene ahora ese porque ha sido famoso, donde hay unidades donde trabajan con la persona que no quieren tomar medicación, otros quieren.

AG|KS *Tratando de cerrar un poco esa parte de la formación profesional, en lo que hace a los aspectos prácticos de una intervención en salud mental, ¿cuánto de esto puede ser enseñado y cuánto depende de la capacidad creativa de quien pretende desempeñarse en ese campo?*

MAC Lo que hay que tener más que capacidad creativa, es tener cierta autocrítica. Si un paciente va mal, pues decir, “joder, va mal, ¿no? ¿Qué podemos hacer?”, y convocar al equipo, a la familia, o comunicarle a alguien: “oye, estoy preocupado porque hace meses que no veo avances. ¿Tú cómo lo ves? ¿Cómo lo sientes?” Pero no ser tolerantes con los malos resultados diciendo, “bueno, es que es normal, es que es un esquizofrénico”. Entonces, tenemos que tener un poco de espíritu inquieto, aspirar a mejorar las cosas, no conformarnos, no ver la botella medio llena, verla medio vacía, ver lo que falta. Eso creo que tenemos que tenerlo. Y luego, yo usaría esa idea de Fernando Colina, el psiquiatra español, que habla del “trato”. Claro, el trato es algo

que las personas que sufren siempre necesitan, un trato u otro trato. Pero hay sufrimientos, insisto, que no tienen tratamiento, a lo mejor uno de los pacientes de estos que llaman crónicos, con muchos años de evolución, realmente no puedes aspirar a que su vida cambie o esa chica en el hospital, mayor, ya va a morir ahí, pero hay un trato que le puede dar mucho y hay otro trato que la puede deshumanizar. Entonces, el trato implica reconocer al otro como humano, como igual.

Fernando Colina, tiene un manual de psicopatología publicado por la AEN, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Manual de Psicopatología. Laura Martín y Fernando Colina, AEN, 2020) donde lo describe bien. Él dice siempre que los profesionales, siempre tienen que optar, siempre tienen que estar tomando decisiones entre dicotomías. Por ejemplo, una que dice es: “reconocer que la medicación es una muleta muy importante”. Si alguien tiene angustia para salir a la calle, bueno, pues le puedo dar con una medicación algo para ayudarle a salir a la calle. Pero yo le acompaño y en ese estado un poco más favorable o de menos excitación, puedo facilitar que acceda a cosas de su vida o del pasado o a que disfrute del paseo, pero la medicación no es la cura de nada, es una ayuda.

También hay que optar entre, digamos, no sé, esa curación o la autonomía por la autonomía. Es decir, tenemos que preferir la autonomía al orden y el control. Lo importante es que él pueda tomar decisiones y luego esas decisiones a lo mejor me hacen trabajar más en una dirección u otra, pero esa es la vida y el trabajo que nos queda. No decirle a alguien: “no, tú no puedes volver a estudiar. No, hombre, con lo que tienes, ¿para qué quieres estudiar?”. No, yo tengo que acompañarte en tu decisión. Y luego, si no puedes estudiar o yo no sé ayudarte para que vuelvas a estudiar, o te acompaño en el pequeño duelo o gran duelo que tengas que hacer reconociendo que ya no puedes estudiar eso. A lo mejor puedes estudiar otra cosa, pero no hay que decir que no, diciendo que yo tengo el gobierno sobre tu vida. Tú decides, yo te acompaño.

Entonces hay que ser un poco más modesto en lo que nosotros podemos hacer por los pacientes. Reconocer que hay muchas cosas que no sabemos de los pacientes y estar como con menos *furor curandis*, ser más modestos y conformarnos con estar a su lado, con esta actitud de acompañar, de apoyar. Dice Lacan (Jacques Lacan - París, 13 de abril de 1901-ibídem, 9 de septiembre de 1981- fue un psiquiatra y psicoanalista francés) y lo recoge Colina en el libro citado anteriormente, que el buen profesional es como un secretario ¿Y por qué como un secretario? Porque ni se le ocurre al secretario decirle al jefe o al director lo que tiene que hacer, pero está cerca y le puede recordar las citas, le puede recordar que tiene que tomar la medicación, le puede recordar que la última vez que fue al autobús dando voces le echaron y le pasó aquello. Es decir, discretamente el secretario está por ahí cerca haciéndole ver al director las cosas que le pueden ir bien o mal, cuáles son sus responsabilidades, etcétera, pero con prudencia, no pensando que yo lo sé todo. Porque puede decir “yo lo sé todo” el otorrino que me vio, porque tiene un poder enorme, porque efectivamente él me cura las cuerdas, pero curar a una persona con esquizofrenia que lleva 20 años en un hospital psiquiátrico, eso es más complicado. Entonces lo que puedo aspirar es a un trato, un trato de estar en calma con él, apoyándole, ofreciéndome, dispuesto a hablar y, si ya no quiere hablar, pues aquí estoy. Esa idea me gusta, creo que los profesionales podríamos aprender más que de un tratamiento, de una forma de estar con el paciente.

AG|KS *Por otro lado, yendo hacia algunas preguntas frente a las políticas en salud mental, quisiéramos saber qué piensa frente a cómo se construye y se torna hegemónica una política en salud mental, ¿qué desafíos enfrenta esta construcción?*

MAC Bueno, no sé, no sé cómo se puede hacer, no lo sé. Sé que es importante la política, sé que las cosas se cambian con poder político, sé que la salud mental tiene mucho de política y de cómo se ejercita el poder, sé que necesitamos una segunda reforma psiquiátrica. La primera ha servido para ver la poten-

cialidad que tienen los pacientes fuera de los manicomios y hemos aprendido a trabajar con pacientes en comunidad, y creo que necesitamos un giro más de tuerca para darles aún más posibilidades de recuperación real, pero para eso necesitamos nuevas formas de tratamiento. Para las nuevas formas de tratamiento se necesita reconocer que lo que le pasa a la gente no es una pura cuestión individual suya, sino que tiene mucho que ver con el contexto en el que ha vivido y se ha construido psíquicamente. ¿Cómo se hace eso? Pues, se hace con catedráticos de universidad que piensen diferente, se hace con jefes de servicio que piensen diferente, se hace con responsables de políticas de salud que piensen diferente. ¿Y cómo va a ser eso? Pues, esperemos que gente como vosotras llegue a puestos donde puedan tener influencia para el cambio y, mientras tanto, ser lo críticas que podáis con el sistema, lo críticas que podáis reconociendo que hay que trabajar y que no se puede ser siempre, como decimos aquí en España, un “tocapelotas”; no puedes estar siempre llevándole la contraria al jefe porque ya sabemos dónde vas a terminar, entonces hay que tener mucha mano izquierda, pero siempre que podáis hacer observaciones que apunten a un cambio, hay que hacerlas. Pero supongo que las políticas de salud se hacen, cómo decirte, pues por las personas que tienen más influencias que son las que participan en los debates y en la redacción de las normas. Aquí no hay un plan de salud mental en España, cada comunidad es autónoma, cada región tiene sus propias estrategias, y en esas estrategias suelen participar asociaciones de usuarios, asociaciones de familiares, de profesionales y la propia administración. Entonces, ahí hay que tratar de tener la mayor incidencia posible política para el cambio, por esto son importantes las asociaciones profesionales, para que cuando lleguen los momentos de hacer las políticas, pues a lo mejor puedes poner un programa que sea de alojamientos alternativos a la hospitalización y, bueno, pues a lo mejor lo consigues.

Es súper importante apoyar a los pacientes para que hagan sus propias asociaciones independientes de las asociaciones de familias. En España hay un movimiento incipiente que no acaba de despegar, hay mucha potencia en la asociación de familiares y donde también participan pacientes, pero son los familiares quienes llevan la voz cantante. A los familiares tampoco les podemos pedir que tengan una visión innovadora; ellos quieren que haya paz en casa, que los pacientes estén atendidos, que cuando ellos falten tengan una residencia donde vivir, pero alguien debería decirles que pueden ser más ambiciosos, que sus hijos pueden trabajar, que tienen que reclamar trabajos para ellos porque pueden hacerlo y ya hay experiencias donde se puede ir a ver que pueden trabajar. Entonces creo que hacer incidencia política es también una labor de muchos desde muchos lugares. Vosotros desde asociaciones profesionales inculcando el virus del inconformismo a los familiares para que pidan otro tipo de cosas, que pidan trabajo, no solo que haya más medicación, sino que pidan trabajo, que hay lugares donde los pacientes están trabajando, que pidan trabajos al ayuntamiento porque pueden hacerlo. Entonces la incidencia política se hace desde muchas partes. Desde mi punto de vista, una buena ley de vivienda, que haya vivienda barata, es salud mental, porque hace que muchos pacientes que tienen buen nivel de funcionamiento puedan acceder a una vivienda normal y corriente, y no siempre a una vivienda protegida por personal de salud mental. Pueden emanciparse del sistema si hay una buena red social, una sociedad que te cuida, que te da una vivienda asequible. Entonces, la salud mental desde este punto de vista se atiende desde muchos lugares.

Esto creo que lo contaba en ese capítulo del libro al que me refería antes coordinado por Omar Bravo y editado por la Universidad ICESI. Todo empezó a ir mal en la famosa conferencia de Alma-Ata, en el 78 del siglo pasado. Ahí se llamaba “Salud para todos de todos” o algo así, en el año 2000, y era una visión de salud amplia, una visión de salud que no es ahora la atención

primaria, que ahora la atención primaria son cuidados médicos básicos cuando estás constipado, cuando te duele una pierna, no, eso no era la atención primaria. La atención primaria es: toda la comunidad es responsable de la salud de sus ciudadanos y depende de todos como vaya a ser. Pero eso se vino abajo por equis razones. En el libro lo trato de explicar. Y ahí empezó a ir todo mal, empezó a identificarse salud con sanidad y empezó a delegarse en los profesionales la salud de la gente, cuando la salud de la gente depende de las comunidades en las que vivimos. Entonces, eso abre a la esperanza que, al tener una comunidad de vecinos potente que funciona bien, estoy haciendo salud mental porque cuando esté hecho polvo hay posibilidades de que pueda llamar a la puerta de alguien y hablar y tomarme una cerveza y me calmo. Si no conozco a nadie y me van a mirar mal porque no hay esos lazos, tengo que ir a salud mental, tengo que ir a un hospital a que me den alguna pastilla y se complica. Entonces salud mental está por todas partes.

Todos podemos hacer algo por eso, haciendo una llamada, teniendo calma, hablando con alguien, dedicando cinco minutos a alguien con quien normalmente hablo poco, mostrándolo agradable, reforzante. Todo eso es salud mental. Pero bueno, institucionalmente yo trabajaría porque las asociaciones de los agentes, como los propios interesados, como las familias, como los profesionales, la sociedad civil, que todos ellos sean lo más fuertes posible y que reivindiquen formar parte de la elaboración de las estrategias de salud mental de los territorios. En República Dominicana he visto el ejemplo de todo esto, pues hay un territorio que se sienta en una mesa absolutamente ejecutiva, toda la comunidad, pero toda la comunidad es toda la comunidad; desde empresas privadas, la municipalidad, los pacientes, la prisión, la policía, se sientan todos. Y es una mesa ejecutiva y allí se resuelve el problema de que han visto que un chaval bebiendo alcohol borracho a las ocho de la noche un día. “¿Quién le ha vendido la botella? No, no. Vamos a verlo. Hablamos aquí todos. ¿Quién le ha vendido el alcohol?” Y allí

sale: “No se puede vender alcohol” “¿Pero por qué? ¿Qué pasó?” “No se puede vender alcohol. La próxima vez que vendas alcohol, tú vas a tener una multa potente”. “Sabemos que Fulanito está vendiendo alcohol. Vamos a hablar con fulanito”. No, es que hay otro tema, se habla ahí: una niña, que siempre al bajar en la parada del autobús quedaba en un descampado oscuro y entonces esa niña tenía que atravesar eso. Hay mucha gente que se mete con ella intentando abusar o abusando, entonces esa niña empieza a tener terrores nocturnos. ¿Cómo se soluciona eso? Se puede solucionar de muchas formas. Una, empezando a medicarla para que duerma bien o enseñándole técnicas de relajación y autocontrol emocional. ¿Cómo se puede solucionar? Poniendo una luz y que el autobús pare en un lugar con gente o que haya alguien que la acompañe desde la parada hasta la casa. Es decir, puede ser individualizar el problema y hacerlo pasar por un problema de la chica o decir: “joder, qué comunidad, tenemos lugares tan inseguros que hacen que las niñas estén en riesgo cuando van del autobús a la casa”. ¿Queremos esta comunidad? Y eso es un problema de todos, no solo del alcalde. Eso hay que resolverlo aquí, viendo dónde se pone la luz o que la guagua cambie el lugar de parada. Eso es salud mental.

AG|KS *Así es. Y ahora, para ir terminando, quisiéramos preguntarle si siente que en España ha habido un retroceso en relación con estas políticas. Y en caso de ser así, ¿por qué?, ¿cómo enfrentarlo?*

MAC No, en España creo que hay mucho conformismo. Ahora mismo solamente hay una organización que es la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que es muy autocrítica y crítica con la forma de trabajar, que está tratando de apoyar a esta comisionada de salud mental para que pueda cambiar un poquito las cosas y hacer una psiquiatría y una salud mental más social, digamos, más vinculada a las formas de vida de la gente. Quitando eso, hay mucho conformismo. Hay sociológicamente una España todavía muy franquista, que hace que sea muy conservadora y muy difícil hacer cambios. Afortunadamente, hay otra media España muy

progresista y entonces, bueno, eso te da un poco de esperanza, pero, claro, normalmente la política más conservadora es menos partidaria de que las personas con diagnósticos psiquiátricos estén en la comunidad y es más clásica en su pensamiento. Pero no sé qué decir. En España no se ha hecho ningún tipo de, cómo decir, ni de reconocimiento ni reparación de los daños que el franquismo hizo. Entonces, a nivel institucional eso está sin reparar, pero bien es verdad que hay muchas asociaciones que dan voz a las personas que no han sido reparadas y yo quiero pensar que en su contexto más próximo esas personas se sienten un poco acompañadas porque hay gente que les reconoce el derecho que tienen a esa reparación, aunque a nivel del Estado no hayan tenido la reparación que merecen. Pero bueno, lo que hablábamos, aunque las cosas no cambien a gran escala, quizás a pequeña escala, sí hay un consuelo. Igual que, aunque siga habiendo manicomios, si el profesional que trabaja contigo todos los días te hace ese trabajo de calidad humano, próximo, etcétera. Bueno, pues tu día a día va a seguir, va a ser un poco mejor, aunque sigas viviendo en un manicomio. Si no puedes cerrar el manicomio, por lo menos que los que viven allí, hasta que se cierre, tengan un trato más adecuado.

Ahora que nos estaba hablando del franquismo, y quisiéramos saber si la falta de políticas de memoria y reparación en relación con los crímenes de la dictadura franquista tienen alguna relación posible con la construcción de lazos sociales acordes a lo que estas políticas de salud mental proponen y a los propios efectos de los mismos en familiares de las víctimas.

Respecto al daño que ha podido hacer una dictadura, qué te voy a decir. Hay millones de muertos que han sido asesinados por sus ideas. Cuando hay una guerra, yo creo que todo el mundo hace atrocidades, entonces yo creo que claramente en este caso los malos son los que asaltaron el poder institucional, o la norma institucional, que era la República, y esos son los malos, pero en una guerra, todo el mundo hace atrocidades. No haber podido hablar de lo que pasó abierta y ordenadamente, yo creo

que genera un cierto trauma colectivo que se nota cuando, hoy día, las derechas y las izquierdas tratan de afrontar temas de actualidad y creo que no lo pueden hacer porque en el fondo hay asuntos pendientes por hablar. Nosotros en España hicimos una transición que fue un ejemplo porque muchos cedieron en muchas cosas. Cuando muere Franco se hace una transición a la democracia y todo el mundo cede, pero creo que ahora es el momento, de alguna forma, una forma ordenada y sosegada, de abrir cosas del pasado que están por hablar, y hay gente que no quiere hacerlo porque sé que es reabrir heridas. Otros pensamos que es bueno para desinfectar las heridas y que hay que abrirlas un poco, desinfectarlas y que todo cicatrizará mejor. Creo que como país, para sentirnos orgullosos de nuestro país, deberíamos de hablar eso. Es como una familia donde hay un secreto del que nadie habla, porque un papá abusaba de una hija y todo el mundo lo sabe, pero no se habla. Hay que hablarlo porque, si no, el dolor va a acabar saliendo, igual que en un cuerpo también en una sociedad. Así que creo que claro que dejó heridas y claro que deberíamos abrirlas para desinfectarlas y permitir que cierren bien.

AG|KS *Por otro lado, ¿cree que el auge actual de las denominadas nuevas derechas y sus discursos de odio contribuirían también con estas afectaciones?*

MAC Sí, claro, sin duda. Yo creo que los discursos de odio, básicamente lo que buscan, es homogeneizar y buscan un modelo de persona que es el que les puede interesar, que es un sujeto ideológicamente dependiente, que no sea libre, que sea obediente y que las cosas realmente no cambien. Entonces, básicamente, es el odio al diferente, el odio al pobre, el odio al desfavorecido. Más que al diferente es al pobre, porque, si es negro, no es un problema si es un negro rico, si es musulmán, no es un problema si es un musulmán rico. Pero, bueno, es el discurso del miedo, de que realmente todo lo que no es como yo creo, es malo y es un riesgo. Bueno, no me cabe duda de que esos discursos generan esas sociedades donde siempre estás bajo amenaza, porque hoy

día es el musulmán que llega en un barco por mar de África, pero mañana puedes ser tú, porque si pierdes el trabajo y no tienes poder adquisitivo, puedes ser tú el que tenga que pedir y vas a ser tú al que quieran marginar. Entonces, siempre esos discursos son un riesgo para las sociedades porque no integran, separan, son clasistas y te tienen, como decíamos antes, bajo amenaza. La amenaza es el germen del dolor psíquico y del problema psicológico. Sentirte bajo amenaza y observado y vigilado y no sé, “a ver si me van a pedir los papeles y me expulsan y aquí tengo a mi familia y me vuelven a África”, eso no es forma de vida.

Bibliografía

1. Castejón, M. A. (2022). Las personas con sufrimiento y malestar psíquico víctimas de un modelo biomédico hegemónico en Mª Elena Nieto-Cabrera y Concepción Nieto-Morales (coordinadoras) Víctimas sociales y víctimas de delitos. Madrid. Dykinson eBook.
2. Cucco, M. (2004). Capitalismo, relaciones sociales y vida cotidiana. La formación del sujeto que somos. Madrid: Centro Marie Langer. / www.procc.org
3. Davis, J. (2022). Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la crisis en salud mental. Ed. Capitán Swing Libros. Madrid
4. Elliott, D., Bjelajac, P., Fallot, R., Markoff, L., Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology* 33(4):461 - 477. 10.1002/jcop.20063
5. Fernández, P. y Fernández, A. (2022, 2 de marzo) Por qué la deprescripción de psicofármacos debería ser una prestación de los SSM.AMSM. <https://amsm.es/2022/03/02/por-que-la-deprescripcion-de-psicofarmacos-deberia-ser-una-prestacion-de-los-ssm-boletin-n48-invierno-2021/>

6. Fernández Liria, A. (2022, 28 de julio). El fiasco de la psiquiatría “biológica”. CTXT <https://ctxt.es/es/20220701/Firmas/40333/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepresivos-alberto-fernandez-liria.htm>
7. Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community: The pathway to psychiatric care*. Londres. Routledge.
8. González, B. y Alonso, M. (2018, 5 de julio). Drayton Park, una casa de crisis para mujeres alternativa a la hospitalización. AMSM. <https://amsm.es/2018/07/05/drayton-park-una-casa-de-crisis-para-mujeres-alternativa-a-la-hospitalizacion/>
9. Hari, J. (2020). *Conexiones perdidas*. Capitán Swing Libros.
10. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental. (2018). Confederación Salud Mental España. Accesible 27-03-2022 en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2018.pdf>
11. Kropotkin, P. (2016) *El apoyo mutuo. Un factor de evolución*. Logroño. Pepitas de calabaza.
12. Leader, D. (2013) *¿Qué es la locura?*. Madrid. Sexto Piso.
13. Mármol Fábrega, A., Inchauspe Aróstegui, J. A., y Valverde Eizaguirre, M. A. (2018). Hacia una psicofarmacoterapia razonada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 171-180. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100009>
14. Menéndez, Eduardo L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
15. Moncrieff, J. (2013) *Hablando claro*. Barcelona. Herder
16. Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid. España. Editorial Grupo 5.

17. OMS (2022, 20 de septiembre). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
18. Primera Vocal.org (2012). Convirtiéndonos en servicios y sistemas centrados en la persona y orientados a la recuperación. Proyecto Parachute Nueva York: un nuevo enfoque para personas que experimentan crisis psiquiátricas. Primera Vocal.org. <https://primeravocal.org/convirtiendonos-en-servicios-y-sistemas-centrados-en-la-persona-y-orientados-a-la-recuperacion-proyecto-parachute-nueva-york-un-nuevo-enfoque-para-personas-que-experimentan-crisis-psiquiatricas/>
19. Read y col. (2006) Modelos de locura. Barcelona. Herder
20. Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250–258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
21. Solnit, R. (2019) Un paraíso en el infierno. Las extraordinarias comunidades que surgen en el desastre.
22. Tejada de Rivero D (2013) Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):283-7.
23. Vega, Martínez y Baujan (2018). Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida. Madrid. Traficantes de sueños.
24. Vispe y Valdecasas (2011, 8 de octubre). Genética y enfermedad mental: una relación no tan clara *Postpsiquiatría*: <http://postpsiquiatria.blogspot.com/2011/10/>
25. Whitaker, R. (2015). Anatomía de una epidemia. Capitán Swing. Madrid. pp 51-59.
26. Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). Desigualdad, Un análisis de la (in) felicidad colectiva. Madrid, España. Turner Publications.

/ 03 /

Entrevista a Roberto Beneduce^{*RB} y Simona Taliani^{*ST}

(Italia)

Entrevistadoras:

LA Luisa Fernanda Angarita
AM Alejandra Madroñero

LA|AM *Quisiéramos saber acerca de su formación, posgrados y temas de investigación.*

RB Muy bien, voy a empezar yo y después Simona va a hablar de su experiencia y de su itinerario profesional. Yo empecé como médico psiquiatra en Italia y trabajé mucho en lugares afectados por la pobreza, la miseria social y la violencia.

En este sentido, el lugar de mi primer trabajo fue un lugar iniciador, porque fue natural ver cómo la salud mental era afectada por un contexto de precariedad, de incertidumbre y de sufrimiento psicológico; este último elemento muchas veces no parece un problema médico, pero realmente es un espejo de la realidad social. Eso fue un aprendizaje muy importante hecho con colegas y maestros que eran muy atentos en darme herramientas epistemológicas críticas, las cuales precisan de

herramientas políticas, pues sin herramientas políticas muy, muy fuertes no se puede hacer una crítica eficaz.

En ese sentido tuve la posibilidad de encontrar un maestro que me formó sobre la importancia de analizar el lenguaje de los enfermos, su semántica, como capaz de vehicular, de compartir ideas profundas sobre su experiencia y al mismo tiempo sobre su mundo. En ese sentido, para mí, hablar sobre lo que se define habitualmente como condición esquizofrénica fue una llave, una puerta para entrar en el mundo social de una ciudad como Nápoles, afectada por la violencia cotidiana, por el miedo de que un vecino podía robarte o amenazarte. Pensar lo que significa vivir cotidianamente en la inseguridad social, moral y económica es una llave teórica importante, porque nuestro mundo está viviendo una explosión de inseguridad y me parece extraño que muchos psiquiatras no hacen este puente, esta relación estructural entre la vida en la inseguridad y el sufrimiento psíquico.

Para nosotros, para ustedes que estudian sobre la psicología comunitaria, me parece importante guardar en su memoria esta conexión estructural entre un mundo inseguro, opaco, y el sufrimiento psíquico. Esta experiencia me permitió encontrar también idiomas del sufrimiento, de la enfermedad, que hablaban de cultura, es decir, hablaban de dimensiones que la clínica no considera muy importantes. Muchas veces se habla de detalles sin sentido y se menosprecian las creencias de los dolientes y los enfermos, pero esa es la única posibilidad que ellos tienen de compartir lo que están sintiendo. Cuando un enfermo recuerda lo que pasó 40 años antes, por ejemplo la pérdida de una hermanita, convocando categorías interpretativas mágicas, puede ser que nuestro análisis clínico no lo considere tan importante, pero para una persona puede ser importante: es el esfuerzo de dar significado a un evento intolerable (como siempre es el escándalo de la muerte). Es lo mismo cuando en África se habla de ancestros, de dos generaciones antes, para interpretar un síntoma o una experiencia negativa: es un otro idioma de la crisis y de la enfermedad.

Y la tercera experiencia que me formó fue la necesidad de estudiar para intentar sanar el dolor psíquico entrando en otra temporalidad. Cuando el médico habla de diagnóstico y de etiología, tiene una temporalidad en mente que no necesariamente coincide con la temporalidad del enfermo. Esta temporalidad es singular, subjetiva, culturalmente orientada, históricamente formada. El esfuerzo de cada verdadero clínico es acercarse a esta temporalidad única, singular. Después de estas experiencias tuve la posibilidad de trabajar en un contexto no occidental, África del Oeste y más específicamente en Mali, un país donde hubo muchas investigaciones en el pasado y para mí fue descubrir cómo otra epistemología era necesaria. No era suficiente la psiquiatría crítica que ya había encontrado en Italia. Y fue natural tomar la decisión de hacer un posgrado, un doctorado en Francia con un profe que ustedes conocen, Marc Augé, que trabajó mucho sobre los cultos de posesión. Y de esta manera, ser clínico y psiquiatra se convirtió en *ser doble*, ser clínico-psiquiatra y antropólogo-investigador al mismo tiempo. Clínica e investigación, desde el tiempo que estoy mencionando, construyeron un casamiento fuerte, pues en mi opinión no hay divorcio posible entre clínica e investigación. No se puede hacer una verdadera clínica si no se continúa investigando. Aquí me doy una pausa y le doy la palabra a Simona.

LA|AM *Roberto, un poco antes de que Simona continúe, ¿tres o cuatro temas tuyos de investigación que hoy en día sean los que están trabajando puntualmente?*

RB El primer tema es otros saberes de sanación, es decir cómo curan otras culturas los trastornos psíquicos y cómo se pueden interpretar otros modelos de eficacia terapéutica. Es muy importante decir que no se pueden comparar banalmente modelos diferentes de eficacia terapéutica, porque cada modelo tiene su autonomía y su ontología de la enfermedad (des su causa, de su origen, etc.). Cuando muchas personas dicen, por ejemplo, que la eficacia terapéutica de la medicina tradicional en África es menor que la eficacia terapéutica de los medicamentos occi-

dentales comete un error enorme, porque el curandero no se contenta con tratar un desorden o un trastorno, él quiere hacer mucho más, él quiere tratar el mundo. No se puede hacer una comparación entre la eficacia terapéutica del clínico occidental que sólo considera el enfermo y el curandero que considera una comunidad y su mundo.

El segundo tema de mi investigación es cómo el grupo y las relaciones pueden ser al mismo tiempo terapia y veneno para el individuo. Es decir, investigar las contradicciones de los recursos “culturales”, porque los recursos culturales muchas veces son ambiguos, ambivalentes. No se ocupan sólo de dar felicidad, una resolución del problema clínico, muchas veces ocultan el núcleo verdadero del sufrimiento, porque cada comunidad, cada cultura, tiene que preocuparse de sí misma y de su reproducción. A menudo, tanto el diagnóstico de la psiquiatría occidental como el cultural, característico de un grupo concreto, es una forma de ocultar la realidad y sus conflictos traduciéndolos a otro registro simbólico. Cuando pensamos en los rituales de la llamada medicina tradicional, esto significa la posibilidad de superar, «trascender» la crisis (Ernesto de Martino), mientras que en otros casos este procedimiento puede traducirse en una mistificación. Lo mismo ocurre con diagnósticos como los de la psiquiatría occidental: hablar de depresión o de trastorno por estrés postraumático sin hablar de injusticia o violencia puede dejar en la sombra dimensiones que la sociedad parece incapaz de considerar y nombrar. Este es el segundo tema que me interroga desde hace mucho tiempo.

Tercer tema: trabajé en contextos de violencia social, militar, étnico-religiosa, como se dice muchas veces, y para mí fue importante desarrollar una perspectiva crítica de cómo la violencia tiene un efecto sobre nuestra salud social, individual y generacional y cómo la violencia tiene una acción específica sobre la eficacia de los recursos comunitarios y culturales, debilitando estos recursos. En otras palabras, en contextos afectados por la violencia crónica, los conocimientos médicos locales no pueden

funcionar de manera ideal, porque las estructuras simbólicas, los vínculos sociales y los conocimientos comunitarios son en sí mismos blanco de la violencia y se ven debilitados e ineficaces por la perpetuación de esta última. Y finalmente, el ámbito de la migración que comparto desde muchos años con Simona.

LAJAM *Muchas gracias, Roberto. Ahora sí, Simona, tu turno.*

ST Bueno, empecé en los 90' en otra gran ciudad italiana, en el norte de Italia, Turín, que es muy diferente de la experiencia de Roberto en Nápoles. Turín es una ciudad industrial, muy conocida en Italia, por ser un lugar en el que la gente puede encontrar un trabajo en la industria automotriz y se ha invertido desde el principio de los 60' por el proceso de migración, especialmente para la gente que viene del sur al norte de Italia. Se consideraba una ciudad en la que la gente puede encontrar riqueza y salud, porque había trabajos. Así que estudié en Turín psicología y otra cosa que puedo decir para dar la atmósfera del tiempo, es que la psicología en ese periodo, incluso la psicología social comunitaria, buscaba un enfoque científico, y por eso no era una psicología abierta a lo que Roberto ya ha descrito. Mis profesores trataban de enseñar una psicología objetiva y científica basada en tests o instrumentos y técnicas que pueden ayudar muy rápido a dar diagnóstico y hacer un *framework* de la personalidad de cada individuo. Así que, para ir rápidamente, cuando estaba estudiando este tipo de psicología, tuve la oportunidad de conocer a dos profesores en mi universidad, Paolo Henry, que era un psicólogo de rehabilitación para personas afectadas por trastornos mentales y Agostino Pirella, que era un psiquiatra muy conocido dentro del movimiento creado por Basaglia en los años 70'. Y así decidí trabajar con ellos y desarrollar más y más la sensibilidad a este tipo de abordaje. Así que empecé a trabajar en ese momento como psicóloga y trabajadora social dentro del Hospital Psiquiátrico en un tiempo un poco diferente de la experiencia de Roberto, porque fue el final del hospital psiquiátrico en Italia, así que en un momento determinado los mismos estaban siendo cerrados y había pacientes viejos que

necesitaban apoyo de rehabilitación y que no estaban listos para ser incluidos en la nueva sociedad, porque eran viejos y se volvieron viejos dentro del hospital, así que sus necesidades eran diferentes de las de los jóvenes.

Después de esta experiencia, empecé mi etapa en el Centro Frantz Fanon, que en ese momento habían construido Roberto y otros colegas, y así comencé a trabajar con migrantes. Esta experiencia me abrió muchas preguntas, muchos intereses y me permitió entender que lo que he aprendido en la universidad no alcanzaba para resolver este tipo de problemas y de sufrimientos. Así comencé un PHD en Antropología en la Universidad de Turín y mi investigación fue hecha en un país africano, Camerún, donde empecé en el campo de la Antropología Médica, ubicando enfermedades *-disease-* que afectan a los niños, como el problema de lenguaje, en la atención o la marcha. Así que empecé a trabajar fuera de un contexto occidental para entender de qué manera este tipo de problemas afectan a los niños y cómo estos son representados, nombrados y tratados dentro de otros sistemas de cuidado. ¿Es claro para ustedes?

LA|AM *Sí, Simona, muchas gracias. Quisiera preguntarte ahora, otra vez, sobre temas de investigación. Estás trabajando con migrantes, no sé si trabajas todavía con niños y la investigación sobre el cuidado. ¿Nos puedes nombrar tres o cuatro tópicos?*

ST Sí, hoy estoy trabajando básicamente en tres áreas principales. Continúo trabajando en migración nigeriana, así que trabajo en migración de mujeres que vienen de África del Oeste, básicamente mujeres de Nigeria, y su migración es caracterizada por el tráfico humano, así que mi tema es entender de qué manera la experiencia violenta de migración afecta su vida una vez llegada a Europa y en Italia básicamente. Este tema también está ligado a algunos rituales hechos por los migrantes al comienzo del viaje, así que trabajo en la forma en la que la migración está basada en relaciones simbólicas, económicas y morales fijados en las actividades rituales.

Luego, trabajé en un modo más amplio, no solo con la gente de Nigeria, sino en un centro más amplio sobre migración y salud mental y esto es básicamente hecho en el centro Frantz Fanon, el cual está en Turín y en Nápoles y en este momento trabajo básicamente en Nápoles, así que me crucé con nuevas comunidades migrantes como la comunidad de Sri Lanka, de Bangladesh, pero en cualquier caso, el tema es migración y salud mental, de qué manera el proceso de migración y el país de acogida puede influir en el bienestar de los migrantes.

Y el tercer tema es la salud mental en África Occidental. Ahora estamos en Burkina Faso, tal vez lo saben, como te dijo Roberto. Ahora estamos en Burkina Faso, hace 3 años estuvimos en Mozambique. Tal vez el país cambie, pero el tema es la transformación de la sociedad africana y la forma en que el sistema de cuidado trata el desorden mental.

LA|AM *Simona, esto se empieza a conectar con la siguiente pregunta. Te la voy a hacer primero, ya que estás hablando de salud mental, y luego a Roberto, ¿ok? Entonces, tú nos has hablado un poco de las experiencias que has tenido en el campo de la salud mental en diversas comunidades de Burkina Faso, Sri Lanka, Bangladesh, también con las mujeres migrantes de Nigeria. Quería preguntarte cuáles son las dificultades más grandes que encuentras cuando trabajas en el campo de la salud mental y qué resultados han tenido trabajando en el campo de la salud mental con estas comunidades.*

ST Gracias por esta pregunta. No es fácil responder, porque los problemas de salud mental son un reto para nuestro sistema epistemológico y terapéutico, así que hay muchos problemas y no tantos resultados positivos, en el sentido de que a veces tenemos que aceptar el hecho de que el sufrimiento psíquico dura mucho tiempo y el resultado puede ser estar cerca de la gente, no dejarlos solos, intentando incluirlos dentro de la comunidad. Estos son resultados positivos, pero esto no significa que arreglemos el problema o que la gente no va a

sufrir de nuevo. Lo que he aprendido en este campo es que los trastornos mentales son algo que afectan a los individuos y a la sociedad, ambos al mismo tiempo, cuando sufre alguien de su familia, de su vecindario, de su contexto también, en un modo directo o indirecto.

Entonces, cuando hablamos con profesionales de este campo, nos damos cuenta de que es algo muy cercano a nuestra experiencia personal y que nos afecta también a nosotros y nuestra experiencia personal. En la vida cruzamos este tipo de sufrimiento. Dicho de otro modo, he aprendido que esto es algo que afecta a la sociedad en general y la segunda cosa que he aprendido es que este tema está atravesado por consensos y disensos sobre lo que consideramos que está mal en el mundo; entonces, la salud mental considerada como algo que trasciende el punto de vista biológico es también una especie de debate sobre las oportunidades de la gente en el mundo.

El resultado positivo puede ser que durante nuestra investigación o en el Centro Frantz Fanon, cuando damos a la gente la oportunidad de ser considerados como personas que tienen algo que decir al mundo, y no solo afectado por un trastorno mental, el reconocimiento del otro como un ser humano que tiene algo que decir representa un paso en el proceso terapéutico y puede abrir y desplegar (*disclose*) a un nuevo tipo de relación social. Esto no significa que el sufrimiento psíquico no esté más ahí, pero hay una nueva relación que hemos construido con la persona que está sufriendo. Y esto puede ser muy útil para alguien que se considera solo un paciente. Ahora le doy la palabra a Roberto.

LA|AM *Muchas gracias Simona. Y bueno, ahora seguiremos profundizando un poco en las dificultades también a nivel político y global.*

RB Lo que me parece ya bien dicho por Simona es la necesidad de imaginar cuando se habla sobre el sufrimiento psíquico y su relación con comunidades es que el trastorno mental es siempre una experiencia reveladora de niveles múltiples. Es un pequeño

enigma que el modelo biomédico no consigue comprender, porque el modelo biomédico es un modelo que trata de manera única lo que es universal en su núcleo, pero múltiple en su expresión, en su destino y en su conexión con otras realidades. Lo que es muy importante es concebir la necesidad de epistemologías múltiples para un problema que es siempre el problema central de la condición humana: el sufrimiento psíquico, la locura, la crisis. Ese es el enigma sobre el cual es importante reflexionar y sobre el cual siempre trabajamos cuando encontramos comunidades culturalmente diferentes.

Es decir que cuando intento tratar un trastorno en un migrante que llega del Mali o del Congo o de otros países, mi perspectiva es que necesariamente se debe aprender del Otro antes de hacer un diagnóstico, antes de transformar su sufrimiento en un objeto que ya conozco, porque el diagnóstico en su lógica elemental es llegar a conocer lo que ya se conoce; en el trastorno, en el desorden, reconocer lo que ya el médico sabe de una enfermedad que se repite en otros seres humanos. Aquí tenemos que hacer un itinerario un poco diferente. Cada individuo, cada enfermo, nos revela otro universo. Tengo que reconocer mi ignorancia antes de aplicar mi conocimiento y mi ciencia. Este es un camino de humildad, de incertidumbre, asumida como llave epistemológica.

Esa es la condición que me parece importante cuando se encuentran comunidades culturalmente diferentes de las cuales el médico, el clínico, el psicólogo, muchas veces no conocen nada. Yo quería subrayar este perfil, porque reconocemos en esta presunción de ya saber siempre todo, una arrogancia epistemológica que es característica del mundo occidental. ¿Qué puedo saber yo de un enfermo colombiano, de una enferma que llega de la India o de Pakistán, si no conozco un pedacito, un poco de su historia social, política, cultural y económica? Si admitimos que la enfermedad siempre está relacionada con el contexto simbólico y la realidad social, nos vemos obligados a indagar en los mundos locales de donde proceden los enfermos antes de realizar un diagnóstico.

LA|AM *Roberto, tú sabes lo importante que es para nosotros lo particular como antropólogos. Sería interesante escuchar aquí un caso específico, donde hayas trabajado en el campo de la salud mental. Recuerdo los Dogon en Malí de los que comentaste alguna vez en Colombia, no sé si quisieras profundizar allí qué resultados con esa comunidad o qué dificultades tuviste allí en relación con el tema de la salud mental.*

RB Muy bien, hablé antes de los enfermos encontrados en Italia. De manera específica de un hombre que llegó como inmigrante peligroso, agresivo, afectado por alucinaciones, por ideas de persecución, que había agredido a un agente de policía en Italia. Esta persona no tenía interés para el clínico, sino en la medida de ser transformado, convertido en un hombre X. Se hizo primeramente un trabajo a través de su idioma, su propio idioma, sin traducir en francés o en italiano sus problemas. Esta es la primera etapa que nos permitió descubrir otro mundo de experiencia, lo que significó que con este hombre de 36 años descubrimos, yo y el colega que estaba ayudándome en la traducción, en la interpretación de sus palabras, que este hombre era un hombre de saber, un hombre reconocido en su pueblo, que aquí en Italia era simplemente nada. Ese es un acto terapéutico, porque cuando se habla de “reconocimiento”, nosotros estamos obligados a traducir de manera concreta cómo reconocemos a las personas de manera particular, por lo que son, por lo que saben hacer, por lo que su comunidad sabe de ellos. Esta es una herramienta importante, porque da poder a hombres y mujeres sin poder y sin palabras.

Esa es la condición para tener un éxito, que no sea simplemente la reducción o la desaparición del trastorno, porque si para mí el éxito es la desaparición del trastorno, es muy fácil. Sin embargo, para mí el éxito es dar a una persona posibilidad, potencia de cambio en la perspectiva de su futuro, de su tiempo futuro. El tratamiento, la terapia tiene que sanar el futuro, no solamente el pasado de un hombre o de una mujer. En este sentido, puedo decir que el resultado ha sido en esta persona la posibilidad de

convertirse en otro proyecto, no tener miedo de regresar a su país, tener la capacidad de hablar con su mujer, su madre y sus hijos, que antes consideraba como perdidos y descubrir que su familia piensa siempre en él y que, gracias a nuestra mediación entre los dos países, se podía imaginar nuevamente su regreso, no como fracaso del proyecto migratorio, sino como regreso al corazón de su familia para realizar un nuevo futuro. Esto es muy importante porque la terapia tiene muchas veces la obligación de reformular las ideas y los sentimientos, los sentidos que las personas se hacen de sí mismas. Regreso no como fracaso, sino como conjunción de nuevo posible con su familia. Regreso como posibilidad de continuar su trabajo como experto de una técnica adivinatoria reconocida en su país, que aquí en Italia no tenía algún papel, alguna importancia. El trabajo clínico nos obliga a reconocer que hay muchos mundos en nuestro mundo y que no siempre se puede vivir en cualquier lugar con las mismas posibilidades de ser reconocidos por lo que hacemos, sabemos o somos.

Simona estaba hablando antes de las dificultades de transformar la actitud de nuestros colegas. Es un trabajo enorme, continuo, porque el psicólogo, el médico, quiere resolver rápidamente el problema. Nosotros en el centro Frantz Fanon descubrimos que la dimensión más terapéutica es doble: el tiempo que estamos disponibles a dar a las personas que sufren, porque cuando damos tiempo las personas se sienten enriquecidas y pueden escoger el momento para rebelarse al destino de enfermos; el segundo elemento importante de nuestra clínica es la posibilidad de reimaginar el futuro de estas personas con sus relaciones y sus formas de conocimiento, no simplemente a partir de nuestros modelos epistémicos. El tiempo que damos y la posibilidad de trabajar con sus sueños, sus deseos, es importante. Lo mismo vale para comunidades afectadas por la violencia, la pregunta es ¿cómo se hace un trabajo que puede ser eficaz?

Primera etapa: nosotros no tenemos la llave del tiempo de esta comunidad. Cada comunidad tiene su tiempo para reimaginarse,

para pensarse como comunidad. La palabra misma comunidad. Pensemos en un contexto de violencia, ¿cómo puede imaginarse comunidad si nada permite a estos seres humanos de pensarse en conexión con el vecino, sino bajo la imagen del miedo y de sospecha? No hay comunidad posible. Tenemos que ayudar a un grupo a configurarse como comunidad en su propio tiempo. Esta es la condición para reimaginar el futuro. Yo puedo decir que a veces este trabajo aquí en Mali, en Burkina, puede ser el inicio de un proceso terapéutico comunitario, el caso.

LA|AM *Muchas gracias Roberto, esta pregunta va para Simona y esta pregunta es muy interesante, porque Simona logró vivir el cambio en Italia en su comprensión de la salud mental, me refiero a toda la reforma Basaglia. Quería preguntarte, ¿cuáles fueron las dificultades en ese momento para ti, entrando a trabajar en un momento en el tema de la salud mental? y la segunda pregunta está más relacionada a la actualidad: ¿qué dificultades hay hoy en el orden institucional y político alrededor del tema de la salud mental?*

ST No es tan difícil responder a tu pregunta. En el momento en que entré en la atmósfera de la desinstitucionalización, nuestros colegas necesitaban a los jóvenes para quedarse con los pacientes que habían vivido toda su vida en el hospital, entonces era una atmósfera abierta, nos dieron la bienvenida y no fue tan difícil quedarnos en este lugar donde había energía nueva y un nuevo tipo de relación con los pacientes. Nos pidieron hacer muchos workshops, actividades artísticas y festividades con la gente durante la Navidad o la Pascua, para no dejar a los pacientes solos. Así que, para los jóvenes como yo en ese momento, no fue tan difícil hacer parte y quedarse en este contexto. Después de 35 - 40 años, la situación cambió mucho, ya no había energía y el Centro de Salud Mental traicionó el sentido de la reforma psiquiátrica italiana. Toda la experiencia basada en asociación, movimientos artísticos, movimientos ciudadanos y entrega política fueron dejados de lado y hoy el Centro de Salud Mental, mayoritariamente y principalmente está

basado en la psiquiatría orgánica y el tratamiento es basado solamente en drogas. Así que hoy la situación presenta un plan de trabajo muy pobre en el que se han hecho muy pocas cosas y para nosotros el reto es conocer gente dentro del Centro de Salud Mental que pueda compartir con nosotros otro enfoque, porque todos nuestros colegas están afectados por no tener tiempo para hablar con los pacientes y solo dar drogas cada tres o cuatro meses.

LA|AM *Hablabas un poco del contexto político sobre todo después de 35 años de iniciar esta labor. Quería preguntarte por la situación en Italia con el nuevo gobierno de Georgia Meloni, así podemos ir tejiendo otra pregunta que teníamos prevista, que requería pensar si estas políticas neoliberales afectan un poco las conquistas en el campo del salud mental.*

ST Claro, tienen razón, pero el problema es que las políticas neoliberales no son solo algo de la izquierda o de la derecha. Incluso con la izquierda tuvimos este tipo de problemas. El enfoque neoliberal afecta a ambos lados del mundo político. El enfoque neoliberal empezó en Italia hace muchos, muchos años atrás, no con este gobierno, no con este partido de derecha. Por supuesto, estas políticas, hoy, las políticas de derecha, empujan a usar un método violento de tratamiento. Lo hacen abiertamente, sin ninguna vergüenza. Quizás antes esto mismo se hacía en silencio y no de manera abierta, pero el enfoque neoliberal afectó al Centro de Salud Mental en Italia hace muchos años. No es un problema del presente, de hoy, sino del pasado. Uno de nuestros colegas que me gustaría mencionar, Marica Setaro, que es una historiadora y que ha trabajado en el archivo de Basaglia, sugiere que uno de los principales problemas que tenemos hoy está basado en una división que en el tiempo de Basaglia se hizo. La división era pensar que la reforma de Basaglia se aplicaba dentro del sistema de cuidado nacional, pero no había espacio para esta reforma en el contexto académico y universitario.

Así que la división fue entre el Sistema de Salud Nacional y la Universidad. Basaglia y sus colegas lograron trabajar en el sistema de salud mental, pero no pudieron enseñar en la universidad. ¿Está clara esta división? Entonces, ¿qué pasó? Entonces, dentro del sistema de salud había psiquiatras, psicólogos, médicos o enfermeras sensibles a la reforma, pero la reforma no fue transferida dentro del sistema académico, y por eso los nuevos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, entre otros, no tuvieron este tipo de entrenamiento. Hubo una división muy clara y lo que pasa es que hoy luego de 35 años hay personas jóvenes que no están entrenadas en la Reforma.

RB Si tú quieres utilizar una palabra clara y sintética, puedes decir muy simplemente, que estamos de lleno en una contrarreforma, porque antes la reforma intentó un cambio sin realizar un éxito generalizado en toda Italia. Es decir, hubo aceptación en unas ciudades, por ejemplo Trieste, que es la más célebre ciudad donde fue realizado el cambio en el estilo de atención primaria, con centros públicos abiertos todos los días de la semana, día y noche. Sin embargo, en otras zonas geográficas, no se siguió el mismo modelo, la misma evolución. Ahora estamos de lleno en la contrarreforma, porque el modelo neoliberal que ya estaba desde muchos años trabajando contra esas ideas de reforma, de cambio, de revolución, están produciendo una regresión total. Imagínate que el modelo del electroshock como terapia se está proponiendo otra vez de manera legítima, oficial, sostenida por el gobierno de Georgia Meloni.

Me parece muy importante que se pierda un poco el mito de la reforma italiana como algo estructural e irreversible que triunfó. Esto lo que nos enseña es una cosa muy importante. Siempre decimos que la salud mental está en relación con el contexto. Si el contexto cambia, como en Italia está mudando, la salud mental va a cambiar, se convierte en algo diferente. En Italia estamos viviendo un tiempo de regresión que va a dar lugar a otro desarrollo a los idiomas de la salud mental y a las ideologías de tratamiento. Es importante ver esta dinámica en todos

los lugares, en Mongolia, en Africa o en Italia no hay diferencia. Y no hay nada definitivo. Y esto se conecta con el no acceso de la reforma Basaglia a las universidades. ¿Por qué no lograron acceder a las universidades? La respuesta es que se trató de un mecanismo doble. Las universidades, por un lado, tomaron como subversivos a los psiquiatras que estaban intentando cambios en los hospitales psiquiátricos y al mismo tiempo, muchos de los colegas del pasado, como los de hoy, eran muy críticos hacia el saber académico y no entendieron ni entienden la importancia de colonizar el espacio académico para formar psiquiatras críticos. Y fue un error enorme. Por un lado, hubo rechazo; por otro, una forma de suicidio, de esnobismo político, que consideraba irrelevante el ámbito universitario. Y esto último fue un grave error, porque el ámbito universitario es, en cualquier caso, un espacio que permite transmitir conocimientos y experiencias.

LAJAM *En este momento, la pregunta que vamos a abordar la puede responder cualquiera de ustedes: ¿considera que las personas que trabajan en el ámbito de la salud, en su contexto, tienen la formación y la disposición necesarias para hacerlo? ¿Esta capacidad -o su ausencia- incluye también el trabajo interdisciplinario?*

RB Puedo decir que es muy difícil dar una respuesta general. Cada contexto tiene su historia, también su historia profesional y en cada lugar hay micromundos; puedo definirlo de esta manera. Por ejemplo, en una ciudad como Nápoles o también Turín, en Italia, hubo equipos muy formados, muy preparados, que incluían también de manera experimental trabajo interdisciplinario. En Nápoles tuvimos en los años 90´ los primeros sociólogos en los equipos de salud mental. Porque, para imaginar intervenciones sobre la comunidad, el sociólogo nos ayudaba a conocer el contexto, las clases sociales, los problemas económicos etc. Cuando se imagina un trabajo de salud mental con población migrante es claro que la interdisciplinarietà es una regla de oro fundamental dado que necesitamos perspectivas no solamente sociológicas, sino también antropológicas, lingüísticas.

En este asunto es claro que sin tener especialistas de idiomas diferentes no se puede hacer un verdadero trabajo clínico. Hablar en lengua madre, por ejemplo, pide la presencia de expertos lingüísticos, de mediadores culturales. Para responder en general, puedo decir que ahora los programas de formación en medicina, en psicología, imaginan un sujeto universal. Un enfermo, un paciente sin diferencias. Sin diferencias de clase, sin diferencias culturales o lingüísticas. Es un sujeto abstracto, con su malestar, con su pesadilla, con sus problemas de familia y más, pero todo imaginado en términos universales. Familia universal, moral universal, afectos universales...lo que sabemos no es la verdad, porque cada grupo tiene su propia estructura de relaciones, de vínculos simbólicos, de historicidades. Esto es un problema. De hecho, tengo una formación orientada sobre objetivos diferenciados y como la realidad los revela.

LAJAM *Muchas gracias Roberto. A propósito, te queríamos pedir que nos ampliaras información sobre los Dogón.*

En pocas palabras, porque es muy complejo. Los Dogón en Mali han sido una población muy estudiada por antropólogos, arqueólogos y psicoanalistas. Han sido definidos como la población más conocida de África. Pero esta perspectiva olvidó que el mundo, la sociedad y la cultura están en cambio continuo. No se puede imaginar una sociedad como bloqueada en el tiempo. En los últimos 30 años, conflictos económicos y sobre la tierra, el problema terrible del acaparamiento de la tierra, el conflicto entre la población de campesinos y la población de pastores, y también el problema de la violencia con las milicias yihadistas, cambiaron radicalmente el mundo casi romántico, como fue descrito el “mundo dogón” en los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado. Ahora los Dogón participan de un mundo violento, modernizado, conflictuado y animado por una sospecha: la sospecha de que el vecino pueda ser un enemigo. Lo que significa que todo lo que estudiamos en los años pasados tiene que ser reflexionado y analizado nuevamente. Son una población muy capaz de enmascarar sus aspectos más íntimos, más

secretos, incluido la religión. La población se convirtió al Islam, pero conserva una profunda identidad religiosa preislámica. Por ejemplo, se continúan haciendo sacrificios animales, lo que la religión musulmana no permite. Y hay ámbitos, lo que es mi campo de investigación más específico, donde la curación como ritual terapéutico se convierte en un lugar de memoria de otras tradiciones que no se pueden revelar o decir de manera pública, porque hay un Islam que no tolera otras expresiones religiosas en este momento. Pero el contexto ritual terapéutico permite que otras expresiones, otras memorias, puedan resurgir, lo que es muy interesante. En síntesis, los Dogón, como los hemos imaginado en su tiempo, una unidad compacta, coherente y homogénea, no existen. Es un pueblo con sus contradicciones económicas, con sus deseos, con conflictos religiosos. Cada día hay muertos, masacres, cada día hay ataques. Las escuelas estatales, casi en su totalidad, han sido cerradas por dos o tres años. Es un tiempo difícil. Pero mejor no hablemos de los dogon, porque podríamos seguir hasta el infinito.

LAJAM *Claro, esta pregunta iba encaminada a algo que habíamos dejado abierto. Nos mencionaste que nos ibas a hablar de los Dogón y la salud mental desde tu lugar como psiquiatra y antropólogo experto, y me gustaría saber si, en ese contexto, se abordó de alguna manera la salud mental con ustedes, quizás en términos de su promoción.*

RB Rápidamente puedo decirte que la salud mental está siempre construida en una conexión muy fuerte con el orden moral, familiar y social. Si hay problemas de salud mental, o incluso en lo que no percibimos como tales, se piensa, por ejemplo, que la persona afectada olvidó su deber hacia los ancestros o que cometió una transgresión de otro tipo, como imaginar algo que no debía. Por ejemplo, un deseo amoroso hacia el cuñado. Todo esto puede activar una crisis muy fuerte. Aquí comienza el enorme problema de la respuesta, porque a veces el terapeuta logra reintegrar al paciente en su grupo dentro de las reglas simbólicas gracias al ritual, pero otras veces no lo consigue. En

esos casos, surgen otras interpretaciones y motivos que comienzan a ser discutidos. Por ejemplo, el uso de anfetaminas entre los jóvenes que han experimentado la migración, o también problemas de violencia. En este momento, hay cazadores rituales que participan en la guerra y cometen actos muy negativos. En la cultura Dogón, cuando matas a una persona o un animal, se libera una energía muy fuerte, muchas veces de tipo negativo, llamada *ñama*, que puede afectarte y originar locura. En este contexto, la violencia no se llama trastorno de estrés postraumático, sino contaminación causada por el *ñama* de la persona que fue asesinada. Lo mismo en Burkina Faso. Hay una gran complejidad, ya que existe una fuerte tensión entre diferentes interpretaciones. Es un tiempo de cambio en la manera en que se concibe el sufrimiento y los trastornos. Estas múltiples interpretaciones nos recuerdan la importancia de pensar en los Dogón como en cualquier otra cultura: como una sociedad que cambia, se transforma y cuestiona constantemente tanto el saber antropológico como el saber clínico.

LA|AM *Yo creo que eso nos va llevando a otra pregunta que teníamos y creo que esta la puede responder solo Simona. La pregunta es cómo definirías la salud mental.*

ST Es una pregunta muy importante y compleja, por lo que es difícil dar una sola respuesta. Sin embargo, intentaré explicarlo. Un centro transformador, cuando hablamos de salud mental, implica hablar de seres humanos que viven en comunidad y están involucrados en un entorno. La salud mental es, en este sentido, un tipo de relación entre el individuo y su contexto. Por ello, intentamos definirla no de manera universal, sino desde una perspectiva situacional. Cada encuentro que tenemos nos lleva a definir y redefinir constantemente este concepto.

LA|AM *A propósito, ¿de qué manera influyen los aspectos económicos, políticos y culturales en la salud mental de una población?*

RB Otra pregunta fundamental. Plantearla implica reconocer que la respuesta médico-psiquiátrica por sí sola no basta. Sabemos que las condiciones económicas, la forma en que las personas deben ingeniárselas para sobrevivir, y el contexto político, ya sea de tranquilidad o de amenaza, juegan un papel crucial en la relación con el mundo y con los otros. No es fácil establecer una relación causal clara, porque en los trastornos psíquicos nunca hay una única causa; siempre debemos pensar en términos de multicausalidad, lo que desafía nuestras epistemologías determinísticas. Es un conjunto de causas y experiencias lo que puede dar origen a un trastorno o a una condición de sufrimiento psíquico. Sin embargo, es evidente que la inseguridad económica, e incluso la libertad en el sentido de tener que decidir si el sufrimiento psíquico es una prioridad, pueden ser fuentes de angustia. Cuando el mundo se reduce a una única perspectiva, cuando las experiencias, relaciones y horizontes se comprimen, el sufrimiento puede aparecer. Lo mismo ocurre con la dimensión cultural: la cultura, aunque fundamental, también puede ser violenta cuando impide que las personas encuentren su propio camino. Siempre negociamos nuestra identidad en el grupo en el que nacemos, pero esta negociación debe ser flexible; cuando se reduce a una única posibilidad de ser en el mundo, se convierte en un origen de sufrimiento.

Son consideraciones generales, pero sabemos que la muerte y el sufrimiento son parte de la condición humana. Al mismo tiempo, la pertenencia de clase y el contexto político imponen ciertas características que podemos reconocer. En los grupos menos favorecidos, las personas viven bajo un estado de estrés invisible y continuo, obligadas a renunciar a su forma de vida, a abandonar proyectos y deseos, lo que afecta su autoestima y su capacidad de pensarse como agentes de su propio destino. Cuando no podemos imaginar y construir con nuestras propias manos nuestros deseos y, al menos en parte, nuestro futuro, ya

estamos sufriendo. Todas las condiciones que impiden esto son auténticos elementos patogénicos. Sin embargo, los manuales de psiquiatría no reconocen el contexto político como causa frecuente, y en cualquier caso decisiva, de sufrimiento psíquico. No se menciona la pobreza como una condición de fragilidad y riesgo psiquiátrico. Es necesario inventar otros manuales para reparar nuestra percepción de los síntomas y los trastornos, que muchas veces son consecuencia de estructuras que limitan la vida. Es un problema enorme, que se conecta directamente con la siguiente pregunta.

LA|AM *Sí, justamente en eso estaba pensando, porque tú decías, bueno, mucho sufrimiento emerge en el ser humano cuando siente que no puede controlar nada, ¿cierto? Pero ¿qué pasa cuando sientes que lo puedes controlar todo y que todo es precisamente individual? Cuando pensamos solo en el éxito individual, en el individuo, ¿cuáles serían esas consecuencias a nivel de salud mental?*

ST Es más, estas palabras se vuelven cada vez más claves en la nueva manera en la que la sociedad obliga al individuo a pensar y a confiar en sí mismo. En todas las demandas que la sociedad impone, la psicología neoliberal ha consolidado un discurso que cada vez se integra más dentro de este sistema. Un modelo no hegemónico para enfrentar estos desafíos no es fácil de desarrollar, porque la psicología neoliberal ha convertido la solicitud de psicoterapia en una franquicia que responde a sus lógicas. La demanda de atención psicológica ha cambiado mucho, incluso para los migrantes de hoy. Cada vez más personas solicitan un diagnóstico, cada vez más personas piden medicamentos y drogas. Esto no es algo exclusivo de la sociedad moderna o de la élite, sino que se observa también en la periferia del mundo, dentro de los centros que atienden a migrantes y solicitantes de asilo. Es una característica de la condición social del ser humano en la actualidad. Es un desafío porque no se puede transformar el sistema terapéutico en una lucha cotidiana o en una guerra para otorgar un diagnóstico. Por ejemplo, ¿qué tipo

de demanda plantea el paciente en los servicios públicos o en asociaciones privadas como el Centro Frantz Fanon? Tu pregunta es muy importante porque, desde el punto de vista metodológico, trabajamos con las personas que llegan a consulta, observando el tipo de solicitudes que hacen en su primer encuentro. Hace veintiocho años, cuando el Centro Frantz Fanon abrió, la demanda de diagnósticos no era tan común como lo es hoy. Sin embargo, cada vez más migrantes y solicitantes de asilo, debido al sistema jurídico, político y neoliberal en el que están inmersos, buscan una clasificación dentro del DSM, pues esto les permite encontrar trabajo, acceder a una vivienda o regularizar su estatus legal. Todos estamos dentro de un discurso neoliberal que cambia y transforma nuestras propias exigencias cuando acudimos a servicios como el Centro Frantz Fanon. Por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático es un diagnóstico ampliamente reconocido en el sistema neoliberal. Es importante diferenciar que una cosa es el diagnóstico para una propuesta social y política, y otra es el diagnóstico dentro del proceso terapéutico. Hoy en día, el neoliberalismo y el trauma están tan estrechamente vinculados que, para ser reconocido como sujeto dentro de este sistema, se debe enfrentar el trauma y demostrarlo dentro de la lógica neoliberal. Así, podemos utilizar el diagnóstico si el paciente necesita apoyo social, político o económico, ya que con este diagnóstico será reconocido por el sistema. Pero no debemos caer en la creencia de que dicho diagnóstico será necesariamente útil en el proceso terapéutico. Como profesionales de la salud, estamos obligados a tener un posicionamiento ético y político claro. Sabemos que algunos diagnósticos son los únicos que el sistema neoliberal reconoce, y dentro de estas reglas hacemos lo posible para que el paciente sea visto como un sujeto con derechos, salud, estabilidad y acceso a documentos. Sin embargo, éticamente, debemos ser conscientes de que este diagnóstico no garantiza el avance del proceso terapéutico. Es necesario que en nuestro trabajo diario tengamos clara la separación entre la forma en que usamos las categorías diagnósticas y la manera en que empleamos nuestro

conocimiento sobre el sufrimiento psíquico para ayudar a las personas a restaurarse y recuperarse.

LA|AM *Para resumir, algo muy corto, digamos, ¿cuáles son las consecuencias en la salud mental de pensarse como individuo y no como comunidad? Hablando del esfuerzo personal, por ejemplo.*

RB Se puede imaginar una respuesta que sea, al mismo tiempo, una pregunta. Pensarnos como individuos es, biológicamente, una realidad muy simple, pero lo importante es que no somos únicamente seres biológicos. No hay vida sin la relación entre el niño y una madre que amamanta. No hay vida si no estamos en relación con los agentes del mundo que nos proporcionan agua y aire. El individuo es también una abstracción biológica. Es una imagen fácil de asimilar, pero falsa. Nosotros nacemos como seres relacionales; no hay posibilidad de pensarnos de otra manera. Cada imagen que nos sitúa como individuos es una imagen que fragmenta la realidad de nuestra experiencia ordinaria y cotidiana. El neoliberalismo es un atroz artificio que intenta romper el sentido común de ser con los otros, de ser siempre, desde el nacimiento hasta la muerte, seres sociales. Pero cuando decimos sociales, no podemos limitarnos a la relación con otras personas; estamos hablando de un ser en el mundo, orgánicamente relacionado con otras realidades: el medio ambiente, los animales, la química. Nuestra vida no puede ser concebida de manera individual. Es un esfuerzo, una abstracción patológica, lo que nos empuja a pensarnos como individuos. Tenemos la urgencia de invertir la epistemología del individuo, de revertir esta epistemología individualista, que no es más que una abstracción arbitraria, una verdadera aberración epistemológica. Podríamos hablar extensamente sobre este tema, pero nos limitamos a sugerir dos libros que exploran la conexión entre el neoliberalismo, la condición de clase y la epidemia depresiva y melancólica. El primero es un libro de Cynthia Cruz, una autora que puede resultar muy interesante. Estoy seguro de que está traducido al castellano. En italiano, se

titula *Melancolía de clase*. Es muy relevante porque aborda la relación entre la condición de clase, la depresión, la melancolía y la falta de deseo. El otro libro, que también inspiró a Cynthia Cruz, es de un filósofo y político que, lamentablemente, se suicidó: Mark Fisher. Su obra *Realismo capitalista* es una referencia clave. Ambos autores pueden ser útiles, ya que analizan el vínculo entre el neoliberalismo y el sufrimiento psíquico.

LA|AM *Lo que estamos conversando se asocia muy bien con la siguiente pregunta. El auge actual de las denominadas nuevas derechas, ¿contribuyen también con estas afectaciones que estamos nombrando, que han nombrado tanto Simona como tú, Roberto?*

ST Si, por supuesto. Especialmente en el oeste del país, a una diapositiva que refiere la separación entre la gente y las comunidades, que insiste y estresa la racialización de la natividad y la minoría. Así que todo esto afecta el bienestar de la gente. Cada vez vemos más a menudo una producción social y política de síntomas y lo que los periodistas han llamado recientemente, refiriéndose en particular a la violencia de Israel en los Territorios Palestinos Ocupados, como la patología de la venganza, como Adam Shatz. Así que la sociedad israelí con este discurso de ayuda y separación y división afecta más y más la condición mental de la gente, la transforma y produce síntomas. No sé si es suficiente para usted, pero podemos hablar de la comunidad en el Estado. También en Italia, dentro de la comunidad no solo de migrantes, sino también de la comunidad de la clase trabajadora italiana. La forma en la que este discurso de ayuda y la producción política de cuerpos racializados produce síntomas.

RB Se puede resumir diciendo que el auge actual de las denominadas nuevas derechas es la proliferación del miedo y la producción del enemigo. Un estado paranoico. En ese sentido, cada persona mira al otro como un potencial enemigo, lo que nos transforma en una sociedad en estado de guerra permanente. Tenemos que admitir que la producción de enemigos es

un modelo típico de las derechas, pero también de los estados autoritarios. Todos los estados autoritarios necesitan y precisan de un enemigo, ya sea externo o interno. Hay una dinámica que la psiquiatría no ha estudiado, pero que es un tema central. Es posible que recuerden un libro que mencioné en el curso, pero si lo han olvidado, no hay problema. Es un libro que analiza cómo el nazismo encuentra en la figura de un paranoico muy conocido—el paranoico estudiado por Freud, Schreber—un punto de referencia. El libro *My own private Germany* establece una relación entre el delirio paranoico de Schreber y el modelo pedagógico de su padre, quien era un educador extremadamente rígido. Es un libro muy interesante porque vincula el delirio de este hombre con la educación familiar y con el cambio de la sociedad alemana antes del surgimiento del nazismo. Esto muestra que hay una relación muy fuerte entre la sociedad, los estados autoritarios y el riesgo psíquico. De una manera u otra, esa relación siempre está presente.

LA|AM *Fuera de los aspectos mencionados, ¿qué otros desafíos consideran ustedes que la salud mental enfrenta actualmente?*

ST Tenemos que reconocer que la salud mental es una idea que tenemos que concebir como un proceso continuo, un trabajo infinito, sin fin. Es un proceso continuo. A veces las sociedades, en momentos específicos, son capaces de producir un ambiente positivo para la salud mental. Otras veces las sociedades son incapaces de imaginar y construir condiciones de salud mental. Nuestro tiempo es un tiempo de crisis en el que no se produce la salud mental como una posibilidad real. Tenemos que reconocer que hay lugares y épocas en las cuales la salud mental no es un problema, una amenaza, un desafío, como lo es hoy. Podemos imaginar que, al mismo tiempo, en una sociedad, hay áreas donde la salud mental es imaginable y otras en las cuales es un verdadero desafío. Imagínate el contexto urbano de una ciudad como Cali, como Pekín, como Los Ángeles. Son lugares donde la salud mental es un verdadero desafío. Soledad, individualismo, violencia policial, violencia económica,

competición, desigualdad/desigualdad. Todas estas dimensiones participan de este desafío. Un ejemplo contrario es el de Uruguay hace algunos años, cuando un nuevo presidente (Pepe Mujica) intentó implementar una política social innovadora y económicamente más igualitaria. Era una época en la que incluso la salud mental se consideraba posible para todos. Tenemos que imaginar la salud mental no como un estado de las cosas, ya definido para siempre, más como una realidad dinámica, donde muchas dimensiones y variables participan en su definición, como posibilidad o como desafío.

LA|AM *Tenemos una pregunta y es precisamente un poco orientada al tema de la formación en salud mental. ¿Cuáles consideran que deben de ser los cambios contundentes o las situaciones fundamentales a tener en cuenta para la formación en este campo? ¿Qué es vital para la formación del campo de la salud mental actual?*

ST No es tan fácil de responder a esta pregunta, porque un paso o un nivel puede ser nuestro sueño y un nivel tiene que enfrentarse a la realidad de las cosas, así que, incluso si queremos cambiar el mundo, no es fácil cambiar la academia y las universidades. Primero de todo, tengo que decir que tomamos en cuenta que todos nosotros, profesionales de salud, psiquiatras, psicólogos, antropólogos, médicos, necesitamos una perspectiva crítica para construir el tipo de entrenamiento y conocimiento requerido dentro de la formación normal, el proceso normal de entrenamiento. Lo que veo, tal vez para tener una respuesta segura, es que todos estos profesionales de salud y de la sociedad que trabajan dentro del sistema de salud mental necesitan una perspectiva crítica fuerte para poder reconocer cada vez que se necesita el nivel de poder y el balance de la relación de poder entre los médicos, los pacientes, las familias, las comunidades. Así que, en cada contexto social, analicemos la relación de poder en la que la persona que está sufriendo está involucrada.

RB Las tres reglas para reconocer si estamos ante un buen psicólogo o un buen psiquiatra son: primero, asegurarse de que siempre adopta una perspectiva crítica con respecto a los conocimientos ortodoxos. Segundo, que sea una persona escéptica, que no base su trabajo en verdades absolutas. Tercero, que sepa y quiera escuchar realmente a sus pacientes, porque no olvidemos que son precisamente los pacientes nuestros maestros más importantes.

LA|AM *¿Los aspectos éticos y políticos involucrados pueden ser enseñados o hacen parte de una característica previa de cada persona?*

RB En este sentido, es importante hablar con la máxima honestidad intelectual y admitir, ante todo, que aún sabemos muy poco sobre lo que ocurre en nuestra cabeza y aún menos sobre lo que ocurre en la cabeza de los demás. No sabemos muchas veces cómo trabajan los medicamentos e infelizmente prescribimos medicamentos sin preguntarnos la lógica de su mecanismo y muchas veces sin explicarla a los pacientes. Este es un modelo de práctica clínica negativa, totalmente negativa. Es una clínica no ética. Una clínica ética sería una clínica que cuando utiliza un remedio sabe lo que está haciendo, que conoce perfectamente que lo que está dando puede ser un medicamento con riesgos. Los curanderos que yo amo siempre prueban el medicamento antes de darlo al enfermo, lo conocen de primera mano. Los psiquiatras no utilizan el Haldol, el Serenase, la Quetiapina antes de darla al paciente. Esa es una perspectiva radicalmente diferente. Saber y compartir con el enfermo el riesgo del medicamento es muy importante. Esto marca otra dimensión ética muy clara en la práctica psiquiátrica tradicional. En Italia y en otros países, los psiquiatras no se toman el tiempo para decirle al enfermo: “mira, este medicamento tiene riesgo de aumento de peso, pérdida de deseo sexual, etc.”. Dejan al enfermo descubrir en su cuerpo y en su soledad lo que un medicamento puede hacer. Un clínico ideal tiene que aprender a escuchar. Es muy raro que los cursos o clases enseñen verdaderamente a escu-

char el otro, los infinitos idiomas del otro. Esa cualidad, paradójicamente la desarrolla mucho más el etnógrafo, porque el etnógrafo no conoce nada del mundo del otro; es muy curioso, investiga mucho tiempo y es familiar con esta idea de escuchar antes que hablar.

LA|AM *¿Sería importante, Roberto y Simona, que entonces los profesionales en salud mental también aprendan algo de la antropología o que eso esté dentro del pensum?*

RB No sé Simona qué piensa, porque es un aspecto que Simona trabajó mucho en el pasado. Lo que puedo decir es que la metodología etnográfica es importante para la clínica y la psicología y es diferente a la escucha psicoanalítica. No tiene ya un reconocimiento de lo que pasa en la vida del otro. El psicoanalista ya sabe todo o casi de lo que son los conflictos, los problemas de la identificación, las experiencias traumáticas, etc. El verdadero etnógrafo no sabe nada y descubre lentamente.

ST Quizá esta pregunta pueda estar relacionada con la siguiente. ¿Cuando hablas de teorías, y preguntas sobre qué teorías y disciplinas deberían ser parte de esta formación?

LA|AM *Perfecto, entonces indagaremos alrededor de las teorías y disciplinas deberían hacer parte de esta formación.*

ST Esto necesita mucho tiempo para ser desarrollado, pero dicho de una manera corta y sencilla, los profesionales necesitan entrenamiento en ciencias sociales. Así que disciplinas como antropología, sociología, historia, son útiles y pueden representar instrumentos que pueden ayudar, no solo a entender mejor la situación, sino a mejorar una nueva metodología, un instrumento para trabajar de una manera diferente con la persona que pide ayuda. Pero no es tan fácil como decir antropología, historia, sociología, porque todas estas disciplinas y las teorías dentro de estas disciplinas, también han producido en el pasado estereotipos y conocimientos fijos. Especialmente para la antropología esto es un gran riesgo, porque la antropología tuvo un periodo

en la historia en el que produjo una objetivación del otro, una exotización del otro. Así que cuando dices que “necesita estudiar antropología” no es suficiente. No es suficiente decir que debes añadir antropología en tu currículum. Dentro de la antropología se debe buscar y encontrar el tipo de antropología que es útil para deconstruir el discurso clínico occidental. Y esto no es tan sencillo como decir antropología como algo general. Dentro de la antropología hay tantas perspectivas diferentes, por lo que tienes que elegir qué tipo de perspectiva necesito como psicóloga o psicólogo. Así que la pregunta que tienes que desarrollar es qué tipo de psicología, qué tipo de antropología, qué tipo de historia necesito. No todos los historiadores pueden enseñar una historia que sea útil para la psicología. Es una gran responsabilidad responder a su pregunta porque la respuesta rápida será, por supuesto que los psicólogos necesitan entrenarse en las ciencias sociales. Pero ¿qué tipo de ciencia social? ¿Qué tipo de antropología? ¿Qué tipo de historia? Y así sucesivamente.

RB Podemos dar una pequeña sugerencia. Lo que necesitamos es, en cualquier caso, un conocimiento decolonial. El conocimiento decolonial es el primer paso. Así que, dentro de cada disciplina, tienes que elegir el autor o la teoría que has desarrollado en la perspectiva decolonial.

ST Dentro de cada disciplina deben encontrar el pensador que haya desarrollado una perspectiva decolonial.

LA|AM *Ahora quisiéramos continuar con otra pregunta relacionada con el punto anterior, en lo que hace a los aspectos prácticos de una intervención en salud mental, ¿cuánto de esto puede ser enseñado y cuanto depende de la capacidad creativa de quien pretende desempeñarse en ese campo?*

RB Hay claramente una necesidad de formación, de estudio, pero también hay aspectos personales que hacen la diferencia. Cuando hablamos de aspectos personales, no estamos imaginando o sugiriendo dimensiones místicas, secretas. Estamos

hablando de dimensiones personales construidas a partir de experiencias. Esto es muy importante en el perfil profesional de un clínico, de un psicólogo o de un psiquiatra. Claro, se puede transmitir, pero lo que descubrimos en el curso de los años es que la formación muchas veces no es suficiente como formación profesional si falta el momento experiencial. Nosotros tuvimos una experiencia muy reciente en Burkina Faso, trabajamos con un psicólogo y un psiquiatra de Burkina Faso, con un paciente, como hacemos siempre en Turín y en Nápoles, en el Centro Frantz Fanon. Los colegas africanos se maravillaron cuando yo propuse hacer un pequeño ritual de purificación, ellos no se imaginaban que se podía hacer esto en el primer encuentro con un enfermo de parte de clínicos blancos, eso era inimaginable. El enfermo aceptó. Después el clínico nos reconoció eso, porque nos dijo que re-aprendimos algo que nos pertenece, pero que no era posible imaginar hacer con un paciente como él. El momento de la formación no era suficiente, fue importante hacerlo en el encuentro clínico. La experiencia es el lugar fundamental de transmisión. El padre puede enseñar al hijo con un curso como se corta una naranja, pero lo que es importante es darle el cuchillo en mano y cortar juntos la naranja. Yo creo que este momento de transmisión es fundamental. Lo que falta en la formación es ese momento. Aquí una posible salida es el trabajo en la comunidad. Yo sé que hay una posibilidad de trabajar juntos con otros trabajadores, no necesariamente profesores, no necesariamente psicólogos, trabajadores sociales, mujeres, madres como la madre de Alejandra Montonero, que saben cómo escuchar. Se puede aprender muchísimo de esas personas descolonizando nuestra mirada, nuestra perspectiva.

LA|AM *A propósito de lo que acabas de mencionar, más orientado hacia la construcción de políticas en salud mental, nos gustaría saber un poco, aparte de todo lo que nos mencionas, trabajadores sociales, mujeres, madres, ¿quiénes consideras que deben hacer parte de la misma? ¿Quiénes deben hacer parte de la construcción de una política en salud mental?*

RB Una respuesta corta es que la salud mental es algo que concierne a todos, todos tenemos que estar involucrados, no solo psiquiatras, psicólogos, enfermeras, sino también miembros de la familia, también artistas, que usan de diferentes maneras los idiomas que pueden ayudar a nombrar la crisis y recuperar a la gente. Incluso la experiencia de cada territorio es importante, se puede pensar en los trabajadores sociales que también se han comprometido en el bienestar de la comunidad. Creo que las políticas de salud mental deben considerar a todas las personas dentro de la fuerza de la comunidad. El problema hoy en día es que el sistema de salud mental se está cada vez más cerrado y abarcando solo a los profesionales. Ese es el problema central, de cerrarse solo a un grupo de expertos.

LA|AM *¿Cuál es el lugar de la comunidad en la elaboración, sostenimiento y ejecución de una política en salud mental?*

RB Una respuesta rápida pero concisa es que la comunidad no puede ser idealizada. Yo sé que no existe una comunidad en mi ciudad, Nápoles, que yo pueda delimitar y encontrar. Tengo que imaginar en cada comunidad lugares particulares, sujetos particulares. En ese sentido, para mí la comunidad es la parte de la sociedad más activa. Por ejemplo, las asociaciones culturales, las asociaciones de mujeres, las asociaciones que luchan para imaginar un lugar donde los que no tienen una casa puedan tener un abrigo, una protección. Estos sujetos no se ocupan de la salud mental, sino que se ocupan de la vivienda, de la cultura, de la sociabilidad. Son los interlocutores fundamentales para cualquier programa político de salud mental. El problema que estoy sugiriendo es que hasta hoy la política de salud mental ha sido imaginada en el Ministerio de la Salud, donde hay un grupo de expertos que ya saben lo que es la salud mental. Pero si vamos a imaginar de manera diferente esta estructura, lo que me parece importante es que cada lugar pueda ser activado imaginando lo que precisa para dar respuesta a sus necesidades. Activar la comunidad significa pensar en quién está involucrado

verdaderamente en el problema de dar respuesta a aquellos que están sufriendo, no es toda la comunidad en general. Por ejemplo, ya hablamos con ustedes de los grupos religiosos, estos son un capítulo importante, porque muchas veces en el lugar del rezo, en el lugar religioso, se manifiestan crisis, se manifiestan preguntas de soporte. Hablar con un cura, hablar con un pastor puede ser importante. Es un actor de la comunidad que puede tener un papel en una política local de salud mental.

Yo en Italia conozco muy bien la historia de una política de salud mental que fue revolucionaria, pero hoy tenemos que reconocer que su aplicación es muy deficiente, porque fue un modelo centralizado. Ese es el problema de la salud mental. Si el modelo de de salud mental es un modelo decidido en la capital del país, sin una relación concreta con los lugares y los actores locales, no puede ser una política efectiva. Cuando en Argentina, hace muchos años, se hizo un programa de salud mental, ustedes saben que la persona más activa para dar medicamentos a las familias pobres y pueblos aislados era el vendedor de leche, que con su bicicleta podía llegar a los pequeños pueblitos. Fue un momento muy interesante de la salud mental en Argentina en los años ochenta, inicio de los años noventa, durante los cuales otros actores fueron movilizados y la política descentralizó las estrategias. Antes hablábamos alrededor del hecho de que un buen clínico es un clínico crítico, dudoso, que aprende desde el paciente. Aquí podemos decir que una buena política de salud mental es una política descentralizada que involucra no solamente expertos, sino hombres y mujeres ya activos y activas en la vida social, que tienen relaciones y que pueden ocupar un papel importante para reconocer signos de sufrimiento, de crisis, anticipando la crisis. Una política horizontal, no vertical.

LA|AM *¿Es posible sostener iniciativas vinculadas a este campo de saber e intervención en contextos institucionales y políticos contrarios a las mismas? (ejemplo: hospitales psiquiátricos, instituciones privadas de salud, etc.)*

RB Tenemos que saber que hay vínculos que no podemos olvidar. Por ejemplo, antes de Italia hubo un modelo muy fuerte en Francia después de la guerra civil española, que es el modelo de Francesc Tosquelles. Él fue un psiquiatra catalán que imaginó una terapia social dentro del hospital psiquiátrico, lo que fue el origen de la dicha psicoterapia institucional. Fue un modelo muy moderno en la época, en el que fueron involucrados filósofos, psicoanalistas, artistas, pero el hospital psiquiátrico permaneció un hospital psiquiátrico. Puede ser lugar de transformación, de invención, pero sigue siendo un mundo cerrado, una ciudad artificial y para algunas personas este modelo se convirtió en el único modelo posible. Sin embargo, cabe destacar que Tosquelles fue capaz de inventar y crear nuevas estrategias y formas creativas en el ámbito del hospital psiquiátrico, en pocas palabras, un nuevo conocimiento. (Y recordar que cuando el hospital fue bombardeado y no había forma de seguir acogiendo a los pacientes que allí estaban ingresados, tuvo la idea muy original de colocar a los pacientes, incluso a los crónicos, en familias dispuestas a acogerlos). El hecho de que la inserción no produjera fenómenos críticos es en sí mismo ya elocuente. Cuando Basaglia en Italia formuló el mismo proyecto se dio cuenta de que el modelo de la comunidad psiquiátrica inglesa no era suficiente. Lo mismo descubrió Fanon en Argelia. Para Fanon el modelo de la psicoterapia institucional no era capaz de dar respuesta. El hospital psiquiátrico donde Fanon estaba trabajando era un lugar de transformación, pero si el mundo afuera continuaba siendo el mundo de la colonización, nada de eso tenía sentido. Se pueden hacer experimentos temporalmente dentro de los hospitales, pero eso no es una revolución auténtica, porque estos experimentos o transformaciones sólo están siendo imaginados en mundos artificiales y cerrados.

Pueden ser momentos de transformación, pero no verdaderas transformaciones radicales.

ST Roberto habló de psiquiatras como Tosquelles o Fanon con perspectivas críticas del sistema, pero se necesita a alguien dentro del sistema teniendo esta visión crítica también, sino es difícil proponer algo.

LA|AM *Simona y Roberto, esto se conecta con nuestra última pregunta, ustedes comentaban que la reforma Basaglia no estaba en el mejor momento, porque no había llegado al contexto universitario. No podemos seguir pensando que en Italia triunfó de forma permanente, sino que hay que pensarlo a lo largo del tiempo, en cada momento. La pregunta es: ¿cómo volver a llegar a las universidades para que la reforma pueda volver a ser lo que en algún momento fue o incluso mejor?*

ST No es difícil de responder, es algo que no puede pasar solo dentro de las universidades, es una cuestión de política y actividades didácticas que concierne al gobierno. Esto no significa que sea una cosa fácil de lograr, pero se necesita trabajar en el nivel de la gobernanza. No hay otra forma para cambiar la forma en la que los programas están hechos. Esto no es fácil porque hay muchos intereses, no solo económicos, sino también relacionados a disciplinas hegemónicas que quieren permanecer hegemónicas.

LA|AM *Eso nos hace pensar en el caso de Brasil, porque ustedes saben que Brasil ha tomado el ejemplo de la reforma italiana y a pesar del gobierno de Bolsonaro esta salud mental comunitaria se logró mantener, aunque con dificultades. Si podemos hacer una comparación entre ambos países ¿qué conclusiones podemos sacar?*

RB Esta es una pregunta muy importante, en Italia la falta de presencia de los psiquiatras en la reforma en la universidad no permitió que en la universidad fuese posible formar nuevos psiquiatras y clínicos en el modelo de la reforma. Era una situación

esquizofrénica: como ya he adelantado, en la universidad se enseñaba psiquiatría biológica o cognitiva, mientras que en los centros de salud mental se practicaba una psiquiatría social, basada en la respuesta de las redes sociales. Solo en las regiones de izquierda, en las ciudades más ricas, fuimos capaces de hacer una verdadera aplicación de la reforma.

Hay entonces dos niveles de contradicción:

- 1) En las universidades vs. servicios psiquiátricos revolucionarios
- 2) Entre unas realidades con suerte (regiones más ricas y con liderazgo de izquierda) vs. regiones más pobres o de derecha donde la reforma nunca fue aplicada realmente. Los servicios que operan 24/7 días a la semana son el 10% en toda Italia, una realidad mínima. Esto para decir que lo que no permitió un avance en Italia fue la falta de anclaje en todo el país. Lo que tengo que decir es que las personas saben que la reforma fue un cambio radical, pero hoy, hace poco ya se introdujo la terapia con electroshock en algunos servicios públicos en Italia, lo que es un escándalo cuando se piensa en Basaglia y en nuestra ley. Aquí tengo que decir que en Italia hay una realidad social muy sensible que se está despertando pero paradójicamente no en como en Brasil. Aquí la izquierda no es revolucionaria y luchadora como en Brasil. La izquierda italiana es una izquierda de palabras y no de lucha, ese es un límite de nuestra izquierda, la izquierda revolucionaria es una minoría aquí. Esperamos un nuevo momento crítico que haga despertar esta conciencia política. Esta diferencia es importante, la diferencia entre la izquierda de Italia y la izquierda de Brasil, además de los dos niveles de esquizofrenia que se vivieron en Italia, entre universidad y servicios y entre regiones.

Bibliografía

1. Aijazi, O. (2024), *Atmospheric Violence: Disaster and Repair in Kashmir*, University of Pennsylvania Press.
2. Beneduce, R. (2015), *Un lugar en el mundo. Senderos de la migración entre violencia, memoria y deseo*, Ciudad de Mexico, ENAH.
3. Beneduce, R. (2019), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Roma, Laterza.
4. Beneduce R., Gibson N. (2017), *Frantz Fanon. Psychiatry and Politics*, New York, Rowman & Littlefield.
5. Beneduce R. (2025), *Il rancore del tempo. Follia cura e violenza sull'altopiano dogon (Mali)*, Turín, Bollati Borinbghieri.
6. Eng, D. Han S. (2019), *Racial Melancholia, Racial Dissociation. On the Social and psychic Lives of Asian Americans*, Durham, Duke Univ. Press.
7. Fanon, F. (1963), *Los condenados de la tierra*, Ciudad de Mexico, Fondo de Cultura economica.
8. Kopenawa D., Bruce A. (2013), *The Falling Sky: Words of a Yanomami Shaman*, Harvard, Harvard University Press
9. Lazali K. (20), *Colonial Trauma: A Study of the Psychic and Political Consequences of Colonial Oppression in Algeria*, New York, polity press.
10. Taliani S. (2019), *Il tempo della ribellione. Per un'antropologia della parentela nella migrazione*, Bologna, ombrecorte.
11. Varma, S. (2020), *Occupied Clinic: Militarism and Care in Kashmir*, Durham, Duke Univ. Press.
12. Young, A. (1997), *The Harmony of Illusions_ Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.

II

Políticas de salud mental
en Brasil y Argentina: una
hegemonía conquistada frente
a las amenazas actuales

Entrevista a Eduardo Vasconcelos^{*EV}

(Brasil)

Entrevistador/a:

VV Valentina Velandía Cano
MB Mario Ernesto Bravo Castrillón

VV|MB *Gracias por su disposición en participar de este diálogo. Le pedimos que en primer lugar se presente.*

EV Yo soy Eduardo Vasconcelos, soy brasileño, psicólogo, cientista político, y soy un profesor jubilado de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Soy investigador también y mi tema de investigación es política de salud mental y también salud mental comunitaria.

VV|MB *Sobre su trayectoria profesional, quisiéramos profundizar en sus experiencias en el campo de la salud mental. ¿Cuáles han sido las experiencias, en qué lugares, con qué público, qué resultados han tenido o cuáles son, digamos, algunas dificultades en este campo?*

EV Es una larga historia. Déjenme mostrarles algo acerca de ella. Bueno, cuando me formé en psicología, estudié mucho la psicología comunitaria. Y después de la graduación me convertí en

un maestro en la universidad y pude aproximarme a un barrio muy popular de las clases trabajadoras en Brasil durante la dictadura militar. Y allí tuve la experiencia de que la formación en psicología en las universidades es muy dirigida para el consultorio privado de las clases medias y altas. Estuve por cinco años en un barrio muy pobre, en el área industrial de mi ciudad original, que es Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais y allí creo que tuve otra experiencia, de otra universidad, que está dentro de la gran desigualdad social que tenemos en Brasil, y lo que es la vida y la cultura de las clases populares. Y descubrí que la psicología que yo venía aprendiendo en la universidad no era adecuada para utilizar en las clases populares. Y en ese primer momento, yo escribí mi primer libro, “¿Qué es la psicología comunitaria?”, para sistematizar mi experiencia con el trabajo que yo he desarrollado en esta experiencia, que fue muy rica. Yo trabajaba con la creación de las asociaciones de barrio. También apoyaba la reorganización del movimiento obrero metalúrgico y también las comunidades de la iglesia católica de base y asesoraba una parroquia de la iglesia católica y también los movimientos sociales que nacieron en este momento, el movimiento feminista y las cuestiones de salud mental de esta época. Y esa fue una gran experiencia. Después, volví a la clase media como maestro en un curso de psicología, en un curso de trabajo social, después me fui, hice la maestría en ciencia política, estudiando las políticas de salud mental, el contexto de las políticas de salud mental y la posibilidad de la salud mental comunitaria. Y después, en 1987, me fui al doctorado en Inglaterra para estudiar los proyectos iniciales de salud comunitaria, salud mental comunitaria en Brasil. En este período se organizó, en cuanto yo estaba afuera, el movimiento antimanicomial en Brasil. Y cuando volví, fui a Río de Janeiro, a donde vivo hoy, y me asocié al movimiento anti-manicomial y a las propuestas de salud mental comunitaria. En este período, creamos los primeros centros de atención psicosocial. También desarrollamos, a partir del movimiento antimanicomial, las asociaciones de usuarios y familiares de

servicios de salud mental y, en paralelo, la organización del movimiento antimanicomial que asumió la propuesta de la desinstitutionalización italiana y la consigna por una sociedad sin manicomios. Entonces fue un proceso de ir cerrando los hospitales, los manicomios más terribles, y moviendo los recursos para la creación y la sustentación de los servicios de atención psicosocial. Este proceso en Brasil va y vuelve y yo soy uno de los liderazgos del movimiento en Brasil. Yo he publicado mucho, yo creo que cerca de 34 libros y publicaciones organizadas, muchos artículos, y participo activamente en el movimiento antimanicomial desde hace unos 15, 20 años también con los proyectos de empoderamiento y protagonismo de usuarios y familiares. Y tenemos avances, recursos. En los últimos años, desde 2015, tuvimos gobiernos muy en contra de las políticas de reforma psiquiátrica en Brasil, pero en 2022, Lula, el Partido de los Trabajadores, volvió al gobierno con muchos problemas, pero estamos luchando para expandir la atención psicosocial.

VV|MB *Y un poco conectando con lo que mencionaste ahora de los gobiernos, quiero que nos cuentes un poco sobre las condiciones en las que desarrollas esta perspectiva de psicología comunitaria, sobre todo aspectos políticos e institucionales, como en qué condiciones se da y se desarrollan estos proyectos. ¿Hubo dificultades? ¿Como profundizar un poco más?*

EV Yo he publicado un libro más reciente, “El curso de formación en salud mental y lucha antimanicomial”, donde desarrollo más sistemáticamente esta correlación entre la coyuntura política y las políticas de reforma psiquiátrica e implementación de salud mental comunitaria. Tenemos que volver atrás un poco. ¿Ustedes están en Colombia no? En Brasil, Chile, Uruguay y Argentina, tuvimos un ciclo muy largo de dictaduras militares hasta la mitad de la década del 80. Y ese proceso atrasó mucho la implementación de políticas sociales universales gratuitas para toda la población. La dictadura terminó en Brasil en 1985. Y aún con un periodo muy difícil, el movimiento sanitario que luchaba por una salud pública fue el más adelantado de las

luchas y conseguimos implementar la propuesta, una constitución más avanzada en 1988, y la creación del Sistema Único de Salud, el SUS, en 1990. El problema es que cuando tuvimos las condiciones políticas de implementar políticas universales y redistributivas, el neoliberalismo en el mundo estaba en ascenso y no es fácil implementar estas políticas cuando tú tienes crisis fiscal del Estado y políticas que no quieren invertir en políticas sociales, en políticas públicas. Entonces, la implementación del Sistema Único de Salud y de las políticas de reforma psiquiátrica siempre tuvieron limitaciones de recursos financieros, de voluntad política, de implementar los programas. Entonces es una lucha permanente con períodos de avances y períodos de retrocesos también.

La década de 2000 fue un período en que las políticas neoliberales se desaceleraron un poco porque fue un período de crecimiento muy largo de China y que importaba mucho de los productos de nuestros países, entonces teníamos un poco más de recursos para implementación y gobiernos de centroizquierda en nuestro continente. Pero después de la crisis de la economía en los Estados Unidos en 2008, tuvimos una crisis económica global y los diferentes países se insertaron en esta crisis en momentos diferentes. A partir de 2013, Brasil empezó una crisis económica y después tuvimos un gobierno del Partido de los Trabajadores que avanzó mucho con las políticas de salud pública, las políticas sociales y de salud mental, pero nuestra presidenta sufrió un impeachment en 2016. Entonces ya teníamos un proceso de menor inversión en las políticas sociales a partir de 2013 y a partir de 2016, con el impeachment, ascendió un gobierno de derecha, y después de ultraderecha, y entonces, tuvimos retrocesos muy grandes en las políticas sociales y en la reforma psiquiátrica. Llamamos ese período de contrarreforma psiquiátrica. Y ahora, a partir de 2022, estamos intentando reimplementar los servicios de atención psico-social. Entonces podemos concluir que la reforma psiquiátrica, la implementación de la salud mental y comunitaria es muy dependiente de condiciones democráticas, de inversión en políticas sociales

en general, en las políticas de salud, particularmente políticas de salud mental, y también en política de derechos humanos, porque cada vez más la asociación entre salud mental comunitaria, los derechos de los usuarios y familiares en la política de salud mental son muy dependientes de políticas muy claras, evidentes de derechos humanos. Esto es muy... quedó más claro después de la Convención de la ONU, la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, y que es un instrumento importante en Brasil, por lo menos, porque el texto de la convención fue asumido como texto constitucional. Entonces es posible utilizar el texto de la convención para reforzar nuestras luchas en la salud mental. Pero eso no es suficiente, depende fundamentalmente de las condiciones políticas, económicas. Y nosotros ahora estamos viviendo una coyuntura de avance de la ultraderecha, con características fascistas, que son xenóforas, machistas, que no quieren invertir en políticas sociales y están contra los derechos humanos. Entonces es una política, una coyuntura política internacional muy desfavorable para nosotros.

WV|MB *Aunque ya lo mencionaste anteriormente ¿tú consideras que los profesionales o las personas que trabajan en el ámbito de la salud, de la salud mental, tienen la formación necesaria para hacerlo?, y también queremos saber si esa capacidad o la ausencia de esa capacidad influye también en el trabajo interdisciplinario.*

EV Sí. En nuestros servicios de salud mental tenemos equipos multidisciplinarios y abordajes interdisciplinarios. Yo escribí un libro también acerca de este tema, “Complejidad y Pesquisa Interdisciplinar”, porque yo considero que la salud mental es el área que más avanzó en los abordajes interdisciplinarios, por lo menos en Brasil. Yo creo que los cursos universitarios de medicina, de psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y otros, no están dirigidos para preparar profesionales para actuar en nuestros equipos. Entonces, nosotros acá invertimos mucho en residencias multiprofesionales en salud mental. Es

una especie de formación, pero también una resocialización de estos profesionales para trabajar en equipos interdisciplinarios y de cooperación y con los nuevos dispositivos que tenemos que son dispositivos más colectivos de trabajo profesional. Nosotros, por ejemplo, no utilizamos psicoterapia individual en nuestro servicio de atención psicológica. Tenemos un acompañamiento, un soporte individualizado, pero no es psicoterapia. Porque teníamos la experiencia, por ejemplo, en los años 80', de implementar y de insertar psicólogos en la red de atención primaria, y lo que sucedió es que ellos reprodujeron el consultorio privado en los barrios populares. Entonces un psicólogo, por ejemplo, abría la sala para no máximo 20 personas y cerraba todo el trabajo. Y muchos meses trabajando solo con 20 personas. Comprendimos entonces que el modelo ambulatorio o del consultorio privado no se adecua a las clases populares ni a la atención psicosocial que trabaja más con cuestiones sociales, culturales y principalmente proyectos de cultura, proyectos de economía solidaria y de re-socialización. Ahora trabajamos mucho, yo trabajo mucho con proyectos de soporte de pares en el que liderazgos de usuarios y familiares, coordinan grupos de intercambio de experiencias y es un trabajo muy lindo que yo sistematicé para el Ministerio de la Salud; tengo los manuales también que puedo presentar. Entonces, es un trabajo más colectivo, hay atención al soporte individualizado, pero no es la psicoterapia tradicional. Así, la mayoría de los profesionales tienen que ser resocializados para poder actuar, y el principal dispositivo de esta resocialización son las residencias multiprofesionales que ofrecemos después de la graduación, pero también hacemos un esfuerzo para introducir la salud mental comunitaria o salud pública en la formación, por ejemplo en psicología, enfermería y terapia ocupacional, pero los cursos de psicología resisten mucho porque los profesionales y los estudiantes quieren formarse más para tener consultorios privados adonde pueden ser profesionales liberales y con más rentas más altas.

W|MB *Una pregunta sobre una palabra en específico. Cuando dices multiprofesional ¿te refieres a que no solo hay psicólogos, sino también otros profesionales?*

EV Sí, pero es necesario hacer una diferenciación entre equipos múltiples profesionales. Si tienen un centro de salud, un médico, psicólogo, trabajo social, enfermería, podemos ofertar cosas separadas. Lo llamamos un equipo multiprofesional, pero no tienen interacción entre ellos. El servicio de recepción indica los usuarios para servicios específicos. Se comienza a introducir una reunión de equipos, donde se discute el abordaje, intercambio de experiencias, que es una primera iniciativa que llamamos multidisciplinariedad auxiliar, que no es aún interdisciplinariedad. Para nosotros, interdisciplinariedad implica la interacción teórica y trabajo conjunto y la construcción con base en valores éticos asistenciales con directrices muy claras que son pactadas para un nuevo modelo de asistencia o de cuidado en salud mental. Entonces, usted puede estudiar psicoanálisis, por ejemplo, en la universidad y tener un consultorio privado, pero si vas a un centro de atención psicosocial, usted no podrá utilizar el modelo de psicoterapia psicoanalítica tradicional, pero usted va a trabajar con un trabajo de equipo, de grupos, grupos operativos, oficinas. Entonces la dirección ético - asistencial y política va a movilizar a usted para utilizar su abordaje en otra dirección asistencial. De esta forma, tenemos psicoanalistas que trabajan con nosotros, pero no utilizan el dispositivo psicoanalítico tradicional y utilizan el abordaje psicoanalítico para perfeccionar y desarrollar los modelos de dispositivos psicosociales. Esto es interdisciplinario para nosotros.

W|MB *Luego la siguiente pregunta sería y un poco tú ya lo has mencionado pero para hacerlo más concreto, ¿cómo definirías la salud mental o para ti que es la salud mental?*

EV No es fácil. Hay una larga discusión acerca del concepto. Hoy en Brasil discutimos mucho este concepto. Hay una influencia muy fuerte de los indígenas, la lucha indígena en Brasil es muy

fuerte. Y para ellos es imposible diferenciar la salud mental del buen vivir, de las condiciones de vida, de posibilidad de trabajo, de educación, de cultura y de proyectos de vida que se puedan construir, es también el abordaje de la recuperación o recovery que la Organización Mundial de Salud ha utilizado recientemente, las Naciones Unidas también, y percibieron que, a partir de investigaciones longitudinales y epidemiológicas, personas diagnosticadas con esquizofrenia a lo largo de la vida, cada dos tercios de esta población, tienden a tener una mejora en la calidad de vida independiente de tratamiento o no, pero hay variables que avanzan en el proceso de recuperación. Proyectos de trabajo, de educación, de resocialización y de vivienda. Entonces, el abordaje de recovery muestra muy claramente que el trabajo, la educación, la vivienda y la resocialización, los grupos de ayuda mutua, son reorganizadores psíquicos. Así, para nosotros, la salud mental de estas personas tiene una relación muy clara con una reinención de la vida con todas estas oportunidades. Por esto, es claro que tenemos las cuestiones clínicas, pero es muy diferente tratar una cuestión clínica en un hospital psiquiátrico tradicional o un centro de atención psicosocial solo con oficinas o en un centro de atención psicosocial con recursos más amplios de trabajo, educación, cultura, vivienda. Entonces, para mí, la concepción de salud mental pensando en las personas de las clases trabajadoras tiene mucho que ver con todas estas dimensiones.

VV|MB *Y usted, ¿por qué trabaja en el ámbito de la salud mental? ¿Cuáles, digamos, son las motivaciones alrededor de ese trabajo? Esa es una cuestión personal.*

EV Sí. Yo me considero un usuario también, porque yo tenía mis problemas personales también. He nacido en una familia católica muy tradicional en el estado de Minas Gerais, que tiene un catolicismo muy tradicional, muy moralista. Entonces yo tenía mis problemas personales. Y yo he creído, yo mismo, en la psicoterapia, aunque no podía pagarla por mucho tiempo. Y yo creo que no es sólo la dimensión profesional y la dimensión

de la ética política y de solidaridad con las clases populares, es también la percepción de una especie de compasión porque yo he vivido mis problemas personales también y yo quiero que las personas tengan la misma oportunidad que yo he tenido de tratar y ofrecer eso al conjunto de la población. Hay una dimensión ético política muy clara; yo me considero un socialista, pero también he militado desde los 17 años. Llegué a ser preso por la dictadura, por un período pequeño. No he sufrido la tortura porque no tenían cómo acusarme, pero muchos compañeros sufrieron la tortura y algunos la muerte. Yo sé claramente lo que es la dimensión política de la transformación social necesaria, pero creo que también la izquierda tiene muchas dificultades para lidiar con las cuestiones psíquicas. Y yo mismo escribí tres volúmenes acerca de Karl Marx y la subjetividad, porque considero que también la transformación social y política necesita de abordajes que traten de la especificidad de las cuestiones. De esta forma, yo soy un disidente de la izquierda más ortodoxa, más tradicional, que en la década de 70 creía que si se cambia la sociedad y se construye una sociedad más justa, los problemas mentales van a disminuir. No es así. No es automático así.

VV|MB *¿Cómo operan los aspectos económicos, políticos y culturales en la salud mental de una población?*

EV Yo creo que ya respondí un poco en la pregunta anterior, pero me gustaría responder de una forma más histórica. Si tomamos la Grecia clásica, tenemos una cultura que yo creo que es la primera que adoptó una perspectiva pseudopsicológica para las cuestiones mentales. Hasta entonces, en la monarquía, en el período monárquico, todas las influencias y los problemas mentales eran consideradas acción de los dioses. En la Grecia democrática, a partir del siglo IV antes de Cristo, tenemos una sociedad en la que los ciudadanos, principalmente los hombres, -las mujeres, los esclavos no participaron en la política- hacen un esfuerzo en la gestión de la ciudad. Una gestión democrática en la que todos los ciudadanos son llamados a hacer en la plaza pública la gestión de la política. Y la mitología ahora tiene un

papel educativo. Por ejemplo, el mito de Edipo, una versión de la monarquía, donde Edipo, después de descubrir que mató al padre, continúa en el poder. Una versión de Sófocles, de la versión democrática del mito, después de descubrir que ha matado a su padre y casado con su madre, hiere sus ojos y sale del poder. Entonces, el mito tiene una importancia educativa y teatral muy importante para los griegos. Era una institución estatal, las piezas eran puestas en escena por funcionarios públicos, y con una función de educación política y a los mitos eran importantes formas de proyección y de introyección de... los dioses tienen los dilemas trágicos que nosotros tenemos, entonces la parte de los instintos, del placer tiene un dios, que es Baco y Dionisio, y tiene la razón. Entonces, estos dilemas de la subjetividad son proyectados en los dioses y en una política democrática. Entonces, es diferente, por ejemplo, de la religiosidad de la edad media católica romana que persiguió a todos los disidentes o las personas que tenían creencias diferentes. Entonces, la cultura y la forma de religiosidad también tienen un papel muy importante en la política de la subjetivación de los habitantes de una nación. Si volvemos a la Edad Media, la Inquisición, la matanza, la persecución de los árabes y los judíos por las cruzadas fue una política de persecución de muerte de los disidentes religiosos y de los disidentes culturales y subjetivos. Y también una asociación de la religión con el poder de estado de las monarquías. Entonces, la asociación de religión con estado y percepción de otras creencias y religiones muestra claramente una imposición de una visión de mundo única donde se persigue la diferencia psicológica. Si vamos a la psicología árabe, los árabes heredaron la cultura greco-romana en Constantinopla, actualmente en Turquía, y durante este periodo desarrollaron una psicología más humanística y donde la relación del cuerpo con el psiquismo estaba más integrada. Y esta psicología árabe fue muy importante para el romanticismo alemán que crea las bases para la sistematización del inconsciente por los autores románticos y después por Freud y Jung. Entonces, este es un momento de una cultura árabe iluminista y muy tolerante con

las diferencias culturales y religiosas. Después de la cruzada, los árabes asumieron posiciones más sectarias y fundamentalistas. Así, lo que tenemos hoy de las posiciones fundamentalistas árabes son resultado de la intolerancia de la Iglesia Católica romana, con la persecución por las cruzadas y la derrota de Constantinopla. De esta forma, quiero dar un ejemplo de cómo la política, la cultura, la religiosidad son fundamentales para una concepción más abierta y más tolerante de las diferencias y de procesos de subjetivación más abiertos.

VV|MB *Las políticas neoliberales que es de las que has comentado, enfocadas en el individualismo y el éxito basado en el esfuerzo personal, ¿pueden afectar también la salud mental?*

EV Sí, claro. Primero por la política y la gestión de la economía en general, porque los neoliberales no quieren la inversión en políticas públicas y políticas sociales. Ellos quieren que la gestión de la economía sea una economía con los mecanismos naturales de mercado, que no son naturales entre comillas. Segundo, porque no hay un proceso de individualización, no hay solidaridad entre generaciones, solidaridad con los pobres o una profundización de la desigualdad social. Esta individualización se marcó mucho por ejemplo en las políticas neoliberales en Estados Unidos e Inglaterra en los años 80 con Margaret Thatcher y Ronald Reagan en los Estados Unidos. Se profundizaron las políticas neoliberales, la persecución de la lucha de los trabajadores, la destrucción de los sindicatos y la lucha por el derecho de los trabajadores. Entonces hay un proceso histórico de avance gradual del neoliberalismo, Pero a partir de la década de 2020 y de la crisis de 2008, tenemos una incapacidad de los liberales o neoliberales, de sustentar el pacto de consenso social y de inversión social. Y cuando estas fuerzas liberales no consiguen más tener un proyecto de sustentación de la democracia y de la convivencia democrática en la sociedad, se salen del armario los fascistas ultra neoliberales, que son las fuerzas que hoy vemos: Trump, Milei en Argentina y toda la Europa, incluso en países que no tienen una gestión directa de los ultraliberales, las fuerzas

neoliberales radicales avanzaron mucho en el Parlamento. En el Parlamento Europeo, tienen el poder en Italia, creció en España, en Portugal, en Países Bajos, Inglaterra, Alemania, en todos estos países, las fuerzas neoliberales, radicales y neonazis avanzaron mucho. Y ahora Trump, es un momento muy difícil. Acá en Brasil hay un fenómeno que necesitamos atender mucho, que son las redes sociales. Porque las redes sociales son muy difíciles de regular, y en ellas hay un estímulo a la polarización política, el odio, a los mensajes más agresivos y es muy difícil la regulación de las redes sociales, es un dilema hoy. Y también el poder que tienen las personas que son influenciadores, que ahora migran para la política y, por ejemplo, Musk, un único propietario del X, y que tienen un poder inmenso político, económico y también de dejar que las fuerzas neoliberales radicales avancen y utilicen sus redes sociales. Entonces acá, en Brasil, tenemos una lucha muy grande con la regulación de las redes sociales. Y también tenemos otro factor que es el avance de las iglesias neopentecostales, que son unas iglesias más recientes y que desarrollan una teoría que llamamos de la prosperidad, que es la teología del individuo que necesita hacer un esfuerzo personal y que la prosperidad económica es un signo de la gracia de Dios. Y son las iglesias que más crecen en Brasil. Y tenemos una estimación que en 2030 serán más fieles y miembros que los de la Iglesia Católica. Entonces tenemos muchos problemas también porque las fuerzas políticas neoliberales más radicales se sustentan mucho en estas iglesias que tienen una pauta de costumbre también que es machista, contra los derechos de las mujeres y que son homofóbicas también. Tienen una política de costumbres, de valores muy sectaria y que no acepta las diferencias. El modelo de familia, por ejemplo, es el modelo de un hombre y una mujer heterosexuales y no aceptan casamientos de personas de identidades sexuales múltiples. No es una coyuntura política muy fácil. Y más, el problema ambiental, el calentamiento global que tenemos ahora y las instituciones internacionales y las empresas no quieren una regulación, regular la producción por ejemplo de productos que liberan carbono en la atmósfera.

Entonces, tenemos un calentamiento, tenemos fenómenos como tempestades, sequías, inundaciones, Y son fenómenos climáticos radicales y quien más sufre con ellos son las clases populares que tienen pocos mecanismos de protección. Tenemos en Brasil varios episodios como este y son muy traumáticos para la población y crean una demanda muy grande de servicios de salud mental, de soporte en salud mental.

WV|MB *¿Consideras que el auge o el ascenso de las nuevas derechas y los discursos de odio contribuirán también a las afectaciones en salud mental?*

EV Yo la he respondido parcialmente, pero creo que es muy importante considerar los aspectos más específicos, por ejemplo, del racismo y de la xenofobia contra inmigrantes, principalmente contra la población negra y los indígenas también, porque despojan las tierras, refuerzan el racismo estructural y las relaciones jerárquicas de discriminación racial, y no aceptan los cupos de ingreso a la universidad, como tenemos en Brasil, para atacar a negros, indígenas y personas con deficiencias. Hay un sufrimiento muy grande de las personas con diferentes identidades sexuales. Tenemos muchas conquistas en este campo, pero para ellos hay una discriminación dentro de la familia, muchos son expulsados de la familia, van a vivir en la miseria o en la prostitución, y la discriminación más general nos coloca una carga psicosocial, psicológica muy fuerte, y las cuestiones feministas también, los derechos de las mujeres, El neoliberalismo y, particularmente, estas fuerzas neofascistas, quieren mantener la homofobia y también la dominación masculina. Entonces, no es fácil. Los derechos de la mujer, el aborto, una vida independiente, una liberación sexual, todo eso es pauta para el ataque de esas fuerzas neoliberales radicales. Y eso significa más sufrimiento mental y psicológico de la población.

VV|MB *Y fuera de esas dificultades que ya has mencionado, ¿quisieras mencionar algún otro desafío que enfrenta la salud mental actualmente?*

EV Sí. La cuestión es que con las políticas neoliberales radicales hay dos cuestiones muy serias. La primera, por lo menos en Brasil, es la cuestión de la política de drogas. Porque nosotros del movimiento antimanicomial, creemos que la salida es una liberación gradual, por ejemplo, iniciándose con la liberación de la producción y de la venda regulada de marihuana, como tenemos una política muy interesante en Uruguay. Y después y gradualmente una liberación de todas las políticas, de cocaína, de otras drogas, con una regulación mucho más rigurosa de las drogas legales como alcohol y otras drogas que son mucho peores del punto de vista de la salud pública que la marihuana. Entonces, para nosotros, eso se relaciona a una renta muy difícil en esta coyuntura, pero se trata de algo como retirar parte del financiamiento de los tráficó internacionales y de los grupos de criminales y más de 80 % de la renta tiene que ver con la producción y la venta de drogas. Y eso va a disminuir la violencia también, la violencia social, que es el otro problema. En Brasil, empezamos con servicios de atención psicosocial muy tardíamente, en la década de 2000, con los servicios de atención psicosocial, alcohol y drogas; las iglesias neopentecostales e inclusive católicas también empezaron en la década de 60 con las comunidades terapéuticas que son una forma de internación prolongada, mínimo seis, nueve meses, que es una forma manicomial de lidiar con problemas con un bajo nivel de resolución, y con mucha violencia y violación de los derechos humanos porque son personas que quedan encerradas con violencia física, celdas solitarias e imposición, por ejemplo, de religión, prácticas religiosas, de una confesión específica. Hay muchas violaciones de derechos humanos. Para nosotros este es un gran problema y parte del gobierno de Lula del Partido de Trabajadores financia estas comunidades terapéuticas también. Nosotros, del movimiento antimanicomial, necesitamos repensar esta inversión en esas comunidades e invertir más en servicios de atención psicosocial. Y el otro desafío es no solo el de las

comunidades terapéuticas, sino que también hay un esfuerzo de involucrar la internación psiquiátrica en las comunidades terapéuticas. Muchas de esas comunidades se transformaron en pequeños hospitales psiquiátricos privados. Y ahora tenemos una gran lucha en Brasil con la desinstitucionalización de personas con medidas de seguridad en hospitales de custodia, que pasaron por un tribunal, cometieron un crimen, pero que son aprisionados en hospitales específicos de custodia que no tienen plazos para la liberación. Tenemos una medida del Consejo Nacional de Justicia, de desinstitucionalización de estas personas en un proceso gradual. Ahora es un momento muy fuerte de lucha por implementar esa desinstitucionalización de estas personas, también con cuidado en la comunidad. Es un proceso delicado que tiene que ser gradual. Y el tercer desafío es la violencia social. Tenemos los grandes grupos de tráfico que son muy poderosos, yo no sé en Colombia, pero acá hay grupos nacionales con mandos muy fuertes y con ramificaciones internacionales que son muy poderosos, que ejercen una violencia muy grande, particularmente en los barrios más populares, Y la policía es corrompida por esos grupos, y también la policía ejerce una violencia muy grande en esos barrios. Entonces, existe un número muy grande de personas muertas por la policía militar, y eso es un problema que tiene implicación en la salud mental de la ocupación.

VV|MB *¿Cuáles serían las posibles respuestas o soluciones, desde los aspectos teóricos, técnicos, institucionales y políticos frente a esta problemática?*

EV En primer lugar, es la lucha política más general. Ustedes tienen ahora un primer gobierno de centro izquierda, que es una conquista muy importante en Colombia. Entonces es muy importante tener la lucha política por políticas públicas y sociales progresistas que luchan por democracia, justicia social, más igualdad económica, inversión en las políticas públicas; entonces se trata de una lucha política. Lo otro es fortalecer la agenda de derechos humanos, no solo como política gubernamental, pero también en la sociedad civil. Una cultura de paz, de reforzar

los derechos del ciudadano, los derechos a la no violencia, a tener derechos sociales, civiles y políticos, particularmente, en los grupos que son más criminalizados, como los indígenas, la población negra, las mujeres, las personas con deficiencias. Entonces, los derechos humanos son una plataforma importante de ser estimulada con consejos de derechos humanos a nivel municipal, en cada provincia y en el gobierno federal. Lo otro es la lucha específica de los movimientos sociales como tal, aliados al movimiento antirracista, al movimiento LGBTI, al movimiento indígena, al movimiento estudiantil, al movimiento obrero, que alianzas se construyen y que se coloquen también la agenda de la salud mental como una de las agendas de los movimientos sociales y, particularmente, del movimiento antimanicomial, por una política de salud mental comunitaria. Entonces, es imprescindible tener un movimiento de salud mental comunitaria o antimanicomial que fuerce al gobierno para tener políticas más claras de salud mental comunitaria y la sustitución de los psiquiátricos tradicionales y la inversión en servicios de atención psicosocial. Entonces, yo considero que es lucha política, pero también una lucha de los movimientos sociales democráticos, populares, que van a empujar la lucha por la salud mental. Y claro, alianzas internacionales con la ONU, con la OEA, con los derechos humanos, con los países con gobiernos más progresistas. No es fácil, es una coyuntura difícil. Pero creo que también es necesario pensar en pequeños proyectos micro políticos innovadores, porque cuando hablamos de una coyuntura difícil, se piensa que no se puede hacer nada. No es así. En periodos de coyuntura muy desfavorables, es posible innovar en pequeños proyectos innovadores, sistematizar, publicar, porque en una coyuntura más favorable, cuando se tiene el know how de cómo hacer y ampliarlo, podemos ampliar esto para una política nacional. Yo quiero dar un ejemplo de Brasil: al final de la década de 1980, teníamos dos experiencias, solo dos experiencias de centro de atención psicosocial en el estado de São Paulo. Fueron experiencias aisladas, pero muy innovadoras.

Cuatro años después, tuvimos una gran conferencia nacional de salud mental y empezó el proyecto de financiamiento de los centros de atención psicosocial. Pudimos hacer esto porque ya tenemos la sistematización de dos experiencias. Entonces ampliamos para todo el país el *know how* que teníamos a partir de dos experiencias pequeñas. Por eso es muy importante tener en la mente que a partir de las pequeñas experiencias innovadoras, cuando sistematizadas en una coyuntura más favorable, a veces no solo nacional, pero un municipio, una ciudad que tiene un gobierno de centroizquierda, se pueden ampliar los proyectos para toda la ciudad, por ejemplo, o una provincia, toda una provincia. Y quizás para todo el país, cuando tenemos un gobierno de centroizquierda con recursos para implementar. Entonces, también las experiencias micropolíticas son muy importantes.

VV|MB *Vamos a pasar a un bloque de preguntas sobre la formación en salud mental, teniendo en cuenta que mencionaste que hay allí algunos aspectos por mejorar. La siguiente pregunta es ¿Cómo considera usted que debe ser la formación en este campo?*

EV Ese es un campo de lucha, primero, del movimiento de la salud mental, como en todo, pero también de los profesionales. En Brasil tenemos consejos regionales de grupos de provincias y el Consejo Federal de Psicología y también todas las profesiones reconocidas tienen los consejos, los sindicatos también. Es muy importante que tengamos personas y liderazgos progresistas que actúen juntos a estos consejos, que puedan cambiar la formación universitaria, en el posgrado, en la investigación también, para colocar la agenda de la salud mental comunitaria o de la atención psicosocial. Entonces es un campo de lucha también importante. El movimiento estudiantil es posible también que se proponga la transformación de la formación en los cursos de graduación, que coloque disciplinas o cursos, prácticas, proyectos de extensión junto a la red de salud pública y de salud mental que son sobre los se puede avanzar mucho.

VV|MB *¿Consideras que los aspectos éticos y políticos que están involucrados en la formación en salud mental pueden ser enseñados o son una característica previa de la persona?*

EV Primero son valores que están disponibles en la cultura, la cultura y la sociedad en general, que pueden ser valorizados y movilizadas en las personas. Yo creo que tenemos un potencial muy grande para la maldad, para la violencia, pero también tenemos un potencial para la empatía y la solidaridad, la compasión por los otros seres humanos. Esto está en Freud, eso es parte del psiquismo también. Como en Freud, la pulsión agresiva, entonces la pulsión amorosa y la dialéctica del Ello. En Jung, por ejemplo, los arquetipos tienen aspectos polares. Tenemos, por ejemplo, el arquetipo femenino, las brujas, pero tenemos también las hadas, que son cuidadoras. Tenemos esta dualidad. Entonces, algo que está en el inconsciente colectivo también, y que se puede ser movilizado por experiencias positivas en la formación y también en la cultura, la música, el teatro, todo eso es muy importante en términos de democracia cultural e interpela y moviliza los aspectos del espíritu de fraternidad entre los hombres. Y es claro que también las disciplinas de ética son muy importantes. Y la ética, no la ética individualista, pero también colectiva, y que se consideren las cuestiones más colectivas de una ética latinoamericana, y hay abordajes que discuten eso muy claramente, una ética más latinoamericana que discuta las condiciones de vida de la población y el compromiso que los profesionales deben tener con los derechos de las poblaciones oprimidas. Eso es posible en la enseñanza y en la discusión, en el debate.

VV|MB *Y por otro lado, ¿qué teorías o disciplinas deberían ser parte de esta formación?*

EV En psicología, yo creo que es muy importante una formación en economía política, en antropología y en sociología, muy comprometidas con la justicia social y, dentro de las disciplinas de salud mental, teóricos que son más comprometidos y que

pueden interpelar la discusión social. Por ejemplo, el psicoanálisis, tenemos el psicoanálisis más tradicional de Freud, los institutos de formación de psicoanálisis, pero unos u otros abordajes tienen una apertura mejor con las cuestiones sociales. Por ejemplo, me gusta mucho Winnicott en psicoanálisis porque considera que la función materna no es solo la madre personal, sino que también es representante de la sociedad que cuida e invierte en los niños y adolescentes. Entonces es posible tener un abordaje de Jung, también más comprometido. Y por otro lado también, la psicología social y comunitaria son disciplinas muy importantes. Y en paralelo también disciplinas de salud pública y de políticas sociales. Son disciplinas muy importantes. Es también muy necesario pensar cómo en un curso de psicología se invierte en la extensión universitaria y la investigación. ¿Qué temas son priorizados por la investigación y la extensión y en las prácticas de los estudiantes? ¿Están insertados en las redes públicas de salud mental, o en los proyectos comunitarios de las clases populares, de los movimientos sociales? Son proyectos de extensión, de práctica que son muy importantes para la formación. Y después la práctica profesional. Por ejemplo, ¿la psicología clínica está dirigida solo para el consultorio particular, o también para la práctica en salud pública o proyectos junto a proyectos sociales? La psicología educativa es muy dirigida, por ejemplo, a la individualización de los problemas de las niñas y niños, porque hay una tendencia a la individualización o la patologización del problema individual del niño y la desconsideración de los problemas, por ejemplo, de la red escolar, del soporte educacional necesario. Y la psicología empresarial también muchas veces está más aliada a los intereses de los empresarios que de los trabajadores. Entonces tenemos que pensar, por ejemplo, en la salud mental del trabajo. ¿Cuáles son los problemas de la salud mental que están determinados por las condiciones de trabajo? En Brasil empezaron los sindicatos a investigar los problemas de salud mental del trabajo, que es una cuestión muy importante, y hacer alianzas con los sindicatos. Todo eso puede ser colocado en un curso de psicología.

VV|MB *En lo que hace a los aspectos prácticos de una intervención en salud mental, o sea, en la cuestión práctica del hacer ¿cuánto de esto puede ser enseñado y cuánto depende de la capacidad creativa de quien lo quiere o de quien pretende desempeñarse en este campo, el de la salud mental comunitaria específicamente?*

EV Es posible desarrollar la capacidad creativa de los estudiantes y de los profesionales, Pero tenemos abordajes muy interesantes en psicología institucional y procesos grupales que nos enseñan cómo lidiar con los conflictos y cómo hacer intervenciones en colectivos, grupos e instituciones. El análisis institucional, que es un abordaje europeo, principalmente francés, tiene varias corrientes. La más fuerte en Brasil es la del esquizoanálisis, por ejemplo; son abordajes que fueron muy importantes para mi intervención. Yo he hecho muchas asesorías y consultorías en instituciones, en sindicatos, en movimientos populares, y he utilizado mucho las técnicas del análisis institucional. O la investigación - acción, por ejemplo, donde usted coloca los colectivos para pensar e investigar sobre sus condiciones de vida. Entonces la investigación también es una forma de intervención muy interesante. Hay una sistematización teórica, práctica muy interesante, que es parte de la psicología social.

VV|MB *Ahora vamos a pasar a las preguntas que son más sobre la construcción de políticas en salud mental y la primera pregunta es ¿cómo se construye y cómo se torna hegemónica una política en salud mental?*

EV La primera condición es formar un movimiento antimanicomial. Un movimiento por la salud mental democrática, por la desinstitucionalización de los servicios, con una alianza con investigadores, maestros, estudiantes y trabajadores de la red pública de salud. Para mí es la condición necesaria, y ahí se movilizan los intelectuales, que llamamos en la perspectiva gramsciana, los intelectuales orgánicos del movimiento, que van a pensar estrategias para proyectos y para pensar una política nacional

o regional más coherente con los intereses de los trabajadores, de la población en general. Los intelectuales orgánicos son muy importantes. Se atraen los intelectuales que van a sistematizar propuestas, pensar, discutir y actuar junto con las políticas, en las instituciones que trabajan o que direccionan la gestión de la política de salud. Entonces, es muy importante tener la idea, Gramsci es muy importante para eso, la importancia de intelectuales orgánicos que sistematizan, prevén problemas y cómo lidiar con ellos, y proponen soluciones o proyectos o lineamientos necesarios para la superación de los desafíos. Entonces, la hegemonía está basada en algunos factores. Primero, tener un amplio movimiento social de movilización. Segundo, la circulación de ideas con revistas, publicaciones, un instrumento de publicación de los artículos más progresistas, de sistematización. Después, organización de eventos y congresos, donde se puede tener a los compañeros, que se encuentran, intercambian ideas, experiencias. Y la ocupación de espacios dentro del gobierno, de las arenas, porque hoy consideramos muy importante que las instancias del gobierno, responsables de la política de salud alimentaria, de trabajo social, son muy importantes y necesitan ser ocupadas por trabajadores comprometidos con estas luchas. Entonces, la hegemonía es muy importante. Y la investigación que sustenta estas luchas. Entonces, estos componentes son importantes para la política hegemónica, y Gramsci fue uno de los autores más importantes para pensar estrategias para actuar dentro de los aparatos del Estado. Otra cosa: es muy importante también poner el foco en lo legislativo, en la justicia, son instancias diferentes del Estado, tener candidatos a las asambleas municipales, provinciales y nacionales que formen frentes parlamentarios que van a defender esta política. También aproximarse a jueces que están comprometidos o, no sé en Colombia el ministerio público, también son aparatos muy importantes de hegemonía. Me gustaron mucho las preguntas las preguntas que ustedes hacen, exploran todos los aspectos .

VV|MB *Entonces, bueno, para continuar por esta línea, ¿cómo ha sido este proceso de construcción de políticas de salud mental en Brasil? En lo que hace a ti, con tu experiencia, en lo que tú conoces, ¿cómo ha sido el proceso?*

EV Yo creo que ahí se puede hablar de eso históricamente. Nosotros empezamos la lucha aún en la dictadura militar en el final de los años 70', porque los movimientos sociales en la dictadura empezaron a hacer movilizaciones públicas, las huelgas de los obreros, las reivindicaciones, en 1978. Y también emergió en este periodo el movimiento sanitario por políticas de salud pública y el movimiento de la reforma psiquiátrica. Se empezó con la denuncia de las violaciones dentro de los hospitales. En ese período, prácticamente toda la política de salud mental era de internaciones en psiquiátricos y asilos, verdaderos campos de concentración, con muchas muertes. Y el primer movimiento fue el de formar el movimiento de trabajadores en salud mental. Y durante los años 80' se empezó una inversión, se creía que si nosotros colocábamos psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos en la red de atención primaria, se controlaría la entrada a los hospitales psiquiátricos y fue una política equivocada porque los psicólogos hacían psicoterapia, los trabajadores sociales hacían también poco y las personas con problemas más graves sólo tenían cuidado con psiquiatría y cuando tenían la crisis la única alternativa eran los hospitales psiquiátricos. En 1987 empezamos el movimiento antimanicomial donde adoptamos la perspectiva de la experiencia italiana de la desinstitutionalización y por una sociedad sin manicomios y que la base no serían tanto los trabajadores de salud mental, sino también los movimientos sociales y el movimiento antimanicomial, que sería también un movimiento social activo o aliado a otros movimientos sociales. Comenzó pequeño, pero en 92 tenemos una conferencia nacional, eso es importante también. En Brasil, en el SUS, el Sistema Único de Salud, construimos un dispositivo que llamamos de control social. En que cada municipio, cada provincia y el gobierno federal deberían tener un consejo

de salud que discutía y monitoreaba la política de salud. Y en determinados períodos tenemos una conferencia nacional que va a explicitar un planeamiento o la agenda del sistema único de salud, como también la agenda de salud mental. En 1992 tuvimos una conferencia nacional que adoptó la perspectiva de la desinstitucionalización. Y a partir de 1992 tenemos un movimiento de fiscalización y evaluación de los psiquiátricos, cierre del número de camas e inversión en servicios comunitarios. Se empezó en 1992. Tenemos un primer ciclo de crecimiento de estos servicios comunitarios, pero muy breve, de cuatro años. Después el gobierno federal, la política de salud mental, tuvo un retroceso, y recomenzamos en 2001 cuando hicimos la ley de reforma psiquiátrica que colocaba la desinstitucionalización con prioridad legal y se controlaba la internación en los psiquiátricos y los tipos de internaciones voluntarias también. Y en este año 2001 tuvimos la tercera conferencia de salud mental. Y como esto sucedió cerca de un nuevo gobierno de los partidos de los trabajadores por ocho años, eso dio la oportunidad de que crezca mucho la red de atención psicosocial. Y creamos servicios diferenciados para adultos con problemas de salud mental, para servicios solo para niños y adolescentes, servicios para alcohol y drogas para personas usuarias de drogas y otros programas para salud mental indígena, cooperativas sociales, un programa de vuelta para casa para financiar, dar una beca de recursos para las personas que salían de los hospitales psiquiátricos para vivir en servicios residenciales. Entonces, yo creo que el gran avance fue a partir de 2001 hasta, yo creo, 2013. Con la crisis económica de 2013 iniciamos un proceso de retroceso, de contrarreforma psiquiátrica. Ahora, con el nuevo gobierno de Lula, del Partido de los Trabajadores, que tiene en el legislativo, en la sociedad civil, una fuerza muy grande de las fuerzas ultra neoliberales y fascistas, el gobierno tiene muchas limitaciones, pero aun así estamos intentando recolocar la reforma psiquiátrica, avanzar con la reforma psiquiátrica, más con muchas limitaciones.

VV|MB *En este proceso que nos narras, aunque ya has mencionado algunos, ¿quisieras mencionar otros desafíos que enfrentó, o enfrenta actualmente esta construcción de las políticas de salud mental?*

EV Yo creo que ya he abordado los desafíos de la cuestión de la política de drogas, de las comunidades terapéuticas, de la violencia, de las cuestiones climáticas y las limitaciones políticas en general de las políticas neoliberales. Son desafíos.

VV|MB *¿Cuál crees que es el lugar de la comunidad en la elaboración de esas políticas, pero también en el sostenimiento o en la ejecución de las políticas?*

EV Nosotros estamos viviendo un periodo muy fuerte del aumento de la violencia social. Tenemos las favelas, por ejemplo, donde no solo las condiciones de vida son más limitadas, también en Río de Janeiro tenemos barrios controlados por el tráfico. Y hay luchas entre grupos diferentes y también las milicias que son grupos principalmente de policías que controlan áreas y que explotan a la población, la explotan pidiendo dinero para una protección y explotan servicios básicos de gas, de TV digital y el servicio de transporte informal, todos controlados por las milicias y ahora también el tráfico empezó a utilizar este mecanismo. Entonces, las comunidades pueden ser locales de mucha violencia y el control del tráfico o de la milicia dificulta mucho los proyectos comunitarios. Y también las campañas políticas de candidatos de la izquierda o de centroizquierda, porque ellos no dejan hacer campañas políticas a no ser de ellos, de los liderazgos de ellos mismos, que acaban ocupando las cámaras de concejales, las asambleas locales.

Pero el movimiento social es muy creativo. Tenemos proyectos sociales muy fuertes en el área de derechos humanos, de derechos de las mujeres, de la lucha antirracista, de la lucha LGBTI, de las asociaciones de barrio y proyectos también culturales muy fuertes. Para nosotros, los servicios de atención psicosocial

deben tener una alianza muy fuerte con los proyectos sociales locales. Hay un centro de atención psicosocial en el que una de las trabajadoras de soporte de pares del programa que yo superviso ha hecho un relevamiento muy detallado de los recursos sociales, culturales, deportivos del territorio. Y hoy hay una carpeta que es gruesa así, con todos los recursos que están disponibles en este territorio. Y cuando se va a pensar en lo que llamamos el proyecto terapéutico singular de un usuario o usuaria, abrimos la carpeta y pensamos dónde vive y qué tipo de actividad le gustaría hacer también. Entonces no es una centralización en las actividades dentro del centro de atención psicosocial, sino también una ocupación de los recursos comunitarios disponibles en el territorio. Eso es muy importante. No reforzar la dependencia de los usuarios exclusivamente al servicio de atención psicosocial, sino que ellos tengan la oportunidad de explotar los recursos comunitarios del territorio.

WM|MB *¿Consideras que es posible sostener iniciativas vinculadas a este campo, el de las políticas en salud mental en contextos institucionales y políticos contrarios a las mismas?*

EV Yo creo que sí. Nosotros consideramos que para iniciar el proceso del cierre de hospitales psiquiátricos es preciso dinamizar la vida dentro de los hospitales. La experiencia de comunidad terapéutica que ocurrió durante la guerra, la Segunda Gran Guerra, empezó en Inglaterra, Estados Unidos, y la psicoterapia institucional en Francia. Fueron experiencias de democratización de la vida dentro de los hospitales psiquiátricos. Se empezaba el día con una gran asamblea que discutía cómo iba a ser el día, cómo los usuarios también iban a participar de las actividades. Después, tuvimos un psicólogo muy importante en Argentina que escribió un libro basado en una experiencia, Psicoterapia del oprimido, de Antonio Moffat. Era un proyecto de valorización de la cultura argentina, se construyó una especie de salón donde se valorizaba el churrasco, el tango, la música y la danza, dentro mismo de un hospital psiquiátrico, en un terreno que no se usaba. Tuvimos una experiencia similar en un hospital

psiquiátrico en Belo Horizonte, que es mi ciudad natal; esta ha sido una experiencia de un campo que se abrió en una parte que todavía estaba con tierra, campo, y se abrió en una especie de casa de campo con un gran balcón, con fogón a leña, música, animales domésticos, huertas, que reproducía la cultura y la vida del habitante del campo, y fue muy importante. Hoy utilizamos esta valorización de la cultura popular en los centros de atención psicosocial. Entonces es posible una dinamización de la vida dentro de los hospitales psiquiátricos privados, pero eso no es el fin en sí mismo, porque consideramos que las instituciones cerradas de tipo manicomial tienen límites de la humanización, y la perspectiva es el cierre de los hospitales psiquiátricos, de las comunidades terapéuticas. Por esto, consideramos que la dinamización es la primera etapa de un proceso de cierre de los hospitales y para eso tenemos que tener la política municipal, estatal de ir cerrando gradualmente esas instituciones, estableciendo servicios residenciales financiados por el Estado con recursos sociales, para que las personas puedan vivir en la comunidad. Entonces es posible la dinamización, la humanización, pero son siempre limitados porque se quedan dentro de las instituciones.

VV|MB ***Esa sería la última pregunta. No sé si quieres agregar algo más pero, de nuevo, muchísimas gracias por el espacio, por estar aquí con nosotros, y fue un placer.***

EV Y me gustaría mucho decir que me gustó mucho, primero, de las preguntas. El contenido de las preguntas está muy bien preparado. Cubrió todos los aspectos que se pueden explorar. Fue una sorpresa para mí porque siempre hay preguntas que se podrían explotar en aspectos diferentes. Y me gustó mucho los papeles que ustedes hicieron muy bien como entrevistadores. ¡Felicidades! Muchas gracias.

Bibliografía

Sobre la biografía y actuación de Eduardo Vasconcelos

1. Entrevista realizada por el Sindicato de Psicólogos de São Paulo, Brasil, 2024: Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rgXwFcK-4F0>

Sobre la psicología comunitaria

1. Alfaro, J., Sánchez, A. y Zambrano, A (comps) (2012). *Psicología comunitaria y políticas sociales: reflexiones y experiencias*. Buenos Aires, Paidós.
2. Montero, M. (2011). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Paidós
3. Vasconcelos, E. (2008). *Abordagens psicossociais*, 3 vols. São Paulo, Hucitec.
4. Vasconcelos, E. (1985). *O que é a psicologia comunitaria*. São Paulo, Brasiliense.

Sobre el proceso histórico de reforma psiquiátrica y el movimiento antimanicomial brasileño

1. Amarante, P. (1995). (org) *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro, PSDE/ENSP.
2. Amarante, P. (2017) *Teoria crítica em saúde mental*. São Paulo, Zagadoni.
3. Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
4. Jorge, M. A. S., de Araujo Carvalho, M. C., & da Silva, P. R. F. (Eds.). (2014). *Políticas e*
5. *cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

6. Jorge, Mas et al (2014) (org) Políticas e cuidado em saúde mental. Rio de Janeiro, Fiocruz
7. Vasconcelos, E. (2023) Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial. São Paulo, Hucitec.
8. Vasconcelos, E (2021) (org) Novos horizontes em saúde mental. São Paulo, Hucitec.
9. Vasconcelos, E. (2016). Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência. São Paulo, Tempo Social.

Sobre derechos, empoderamiento, protagonismo de personas usuarias y familiares, y programas de apoyo entre pares en salud mental

1. Vasconcelos, E. (2013) (coord). Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro, Escola de Serviço social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
2. Vasconcelos, E. (2023). Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial. São Paulo, Hucitec.
3. Vasconcelos, E. (2014) (coord) Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas. Rio de Janeiro, Escola de Serviço social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
4. Vasconcelos, E (2013) (coord.). Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro, Escola de Serviço social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
5. Vasconcelos, E. (2021) (org) Novos horizontes em saúde mental. São Paulo, Hucitec.
6. Vasconcelos, E. (2003) O poder que brota da dor e da opressão. São Paulo, Paulus.

Sobre interdisciplinariedad

1. Vasconcelos, E. (2002). Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, Vozes.
2. Sobre el enfoque de recuperación
3. Davidson, L et al. (2009). Recovery-oriented practice. New York, Oxford University Press.
4. Vasconcelos, E. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental 9 (21). Florianópolis, UFSC, 2017, pgs 31-47
5. Vasconcelos, E. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental 9 (21). Florianópolis, UFSC, 2017, pgs 48-65
6. Vasconcelos, E. & Desviat, M. Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations. American Journal of Psychiatric Rehabilitation 20 (3) New Haven (Connecticut, USA), 2017, pgs 282-297

Sobre la historia de la locura y aspectos históricos, sociales y culturales que inciden en la salud mental de las personas

1. Foucault, M. (1978). História da loucura. Sao Paulo, Perspectiva.
2. Scull, A. (2015). Madness in civilization: a cultural history of insanity. London, Thames & Hudson.
3. Pessoti, I. (1999). A loucura e as épocas; os nomes da loucura; o século dos manicômios (3 volumes separados). São Paulo, Editora 34.
4. Vasconcelos, E. (2023). Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial. São Paulo, Hucitec.

Sobre religiones, apoyo social y subjetividad

1. Vasconcelos, E. M., & Cavalcante, R. (Eds.). (2019). Religiões e o paradoxo apoio social intolerância e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. BOD GmbH DE.

Sobre las políticas de salud mental en el contexto ultraneoliberal

1. Vasconcelos, E. (2016). Reforma psiquiátrica, tempos sombríos e resistência. São Paulo, Tempo Social.
2. Vasconcelos, E. (2021) (org) Novos horizontes em saúde mental. São Paulo, Hucitec.
3. Vasconcelos, E. (2023). Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial. São Paulo, Hucitec.
4. Sobre formación académica y profesional para el campo de la reforma psiquiátrica y la lucha antimanicomial
5. Vasconcelos, E. (2023). Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial. São Paulo, Hucitec.

/ 05 /

Entrevista a Rosana Teresa Onocko Campos^{*RO} (Brasil)

Entrevistadores:

JC Johan Nicolas Castiblanco Ruiz
WP William Alejandro Pantoja

JC|WP *Creo que podemos iniciar con algunos datos generales, algunas preguntas generales. Por ejemplo, ¿qué formación tienes? ¿Posgrados? ¿Temas de investigación? Que nos pudieras comentar un poco de esas generalidades.*

RO Bueno, yo soy médica formada en la Argentina por la Universidad de Rosario. Hice mi primera especialidad como residente médica en medicina interna, tres años de medicina interna. Después yo me vine a vivir aquí a Brasil, donde hoy soy profesora de una escuela médica del Departamento de Salud Colectiva. Inicié mi trabajo en el área de salud mental, trabajo particularmente ahora con salud mental en relación al psicoanálisis y la salud pública. Desde 2004 que soy profesora aquí de la Facultad de Medicina de Unicamp. Y mi línea de pesquisa, mi línea de inves-

tigación aquí se llama Salud Colectiva y Salud Mental Interfaces. Es una línea en la que durante muchos años, desde 2004 hasta hace unos cinco años atrás, seis tal vez, hemos trabajado sobre todo con evaluación, evaluación de servicios y redes de salud mental. Y ahora desde 2018 nos hemos adentrado en la problemática de la ciencia de implementación, de las investigaciones de implementación, pero siempre en esa interfase que articula la salud mental con la salud pública.

JCIWP *¿Cuáles han sido las experiencias más significativas que has tenido en este campo de salud y en tu trayectoria?*

RO Más significativas, qué pregunta difícil. Yo creo que hay un itinerario, te diría, un recorrido. Así, cuando yo llegué aquí a Brasil, mi primer trabajo -porque demoré varios años en poder revalidar el título de médica, entonces trabajaba como asesora de planificación, en otros cargos técnicos y no podía utilizar en ese momento mi diploma médico- yo vine a trabajar aquí a una institución que era un hospital psiquiátrico de la ciudad de Campinas, donde yo vivo, donde se había iniciado un proceso de transformación cuatro o cinco años antes de mi llegada, y que era un hospital que tenía una lógica de asilo, manicomial, y que se estaba transformando y descentralizándose en varios servicios comunitarios de salud mental por la ciudad. Te diría que esa fue una experiencia muy marcante porque es la que de una cierta manera me pegó al campo y nunca más me fui del campo de la salud mental después de haber estado allí. Yo ya venía trabajando con cosas de salud mental en la Argentina, había sido parte de la gestión, era vicedirectora de un hospital, de un pequeño hospital regional en Rosario, en mi ciudad, y allí había ayudado a crear el primer servicio de salud mental, porque en aquel momento, en los años 90', te estoy diciendo, en la Argentina teníamos lo que se llamaba un servicio de psicología, que era totalmente desarticulado, por ejemplo, de la urgencia y la emergencia del hospital, a pesar de que era un hospital pequeño y de baja complejidad, y donde un día yo estaba en la dirección y viene una pediatra del hospital a decirme que el

servicio de psicología había dado un turno con una demora de tres meses, o sea, para de ahí a tres meses, a una joven de 14 años que había intentado suicidio. Y eso creo que también fue otra cosa muy marcante en el sentido de pensar que no vale la pena hablar de salud mental si uno no está disponible para recibir y de prontitud, digamos, y listo para poder atender lo que se necesita. Es impensable que una joven de 14 años que intentó suicidio tenga que esperar cuatro meses por una consulta. Y eso fue lo que nos llevó a reformar en ese hospital, lo que era un servicio de psicología, y a transformarlo en un servicio de salud mental que empezó a trabajar con un, en ese momento nosotros lo llamábamos comité de recepción, aquí en Brasil lo llaman de acogida. Pero era un comité donde dos o tres personas, siempre un psicólogo, alguien de pediatría, o alguien de clínica, alguien de enfermería, o alguien de psiquiatría, hacía como si fuera el rastreo o *screening*, digamos, de los casos que pedían atención para poder organizarlos por prioridades, por orden de urgencia o de importancia. Entonces te diría que mi entrada a la salud mental fue esa. La otra escena que podría decir que me marcó muchísimo, es que desde 2004, cuando nosotros empezamos a trabajar aquí con investigaciones, creo que fue el primer gran subsidio que yo tuve, un financiamiento grande para trabajar evaluando los servicios comunitarios en ese momento aquí en la ciudad de Campinas, y a partir de allí yo empecé a trabajar en mi grupo con pacientes, con usuarios de la salud mental, componiendo el grupo de investigación.

Entonces hoy en nuestro grupo de investigación trabajamos con 4 o 5 personas que son personas que han tenido diagnóstico de salud mental, algunos de ellos han sufrido internaciones psiquiátricas y que están todo el tiempo trabajando con nosotros para ayudarnos a... para ayudarnos a investigar de una forma que sea de cierta manera, como te diría, que represente de cierta manera lo que son los intereses de las personas que son diagnosticadas con problemas mentales graves.

Esa creo que fue la otra experiencia que más me ha marcado, porque nunca después que empezamos pudimos parar de trabajar juntos y es muy importante y es muy relevante, digamos cuando empieza a diseñarse un proyecto de investigación, escuchar lo que ellos tienen a decir. Entonces está esta forma de hacer investigación que nosotros acá lo llamamos de investigación participativa, ha sido una marca muy grande, muy fuerte de mi grupo de investigación y es algo de lo que nos enorgullecemos mucho y que ahora nos hemos dado cuenta en estos últimos cuatro o cinco años, te diría, que es totalmente útil, importante y relevante también para la ciencia de implementación, que nosotros teníamos un *know-how* y un acúmulo en esa parte de los estudios participativos que nos ayudaba a entrar con cierta calidad, te diría, con cierto conocimiento de causa a un campo que para nosotros era nuevo, que era el de la ciencia de implementación.

JC|WP *Creo que son experiencias significativas y que ha permitido todo el desarrollo profesional y todo el desarrollo en estos ámbitos, pero te preguntaría, recogiendo todas las experiencias que tienes y todo eso que has ido logrando, ¿por qué se debería o por qué trabajas en el ámbito de la salud? Es decir, el porqué de llegar a esas acciones, a esas ejecuciones, a esas implementaciones.*

RO También es una pregunta súper interesante, porque así, yo digo que a veces...una vez yo fui a llevar un material a un seminario en Francia y me acuerdo de que hablábamos de que las metodologías a veces nos eligen y no somos nosotros las que las elegimos a ellos, ¿no? Y yo creo que los temas en los que nos dedicamos también nos eligen de cierta forma. El tema de salud mental y la articulación de salud mental con salud pública y salud mental con gestión, por ejemplo, fue algo que ocurrió muy temprano en mi vida. Cuando yo empecé a trabajar en ese hospital que estaba comentando, ahí en Rosario, fue una buena experiencia que yo tuve muy joven, ya había terminado de concluir la residencia médica y entonces se dio esa necesidad de

reorganizar la salud mental, y en el momento yo hacía análisis, yo estaba viviendo mi propio proceso terapéutico, me acuerdo mucho de haber llevado las reflexiones y los problemas que yo vivía en la gestión del hospital para pensar sobre ellas en mi propio espacio terapéutico, y por eso siempre digo que yo tengo una línea aquí que es conocida, como siendo una línea de gestión-subjetividad; yo las primeras reflexiones sobre gestión-subjetividad, las hice sobre mí misma. Y en esa primera experiencia como gestora, digamos, porque era muy difícil ser mujer, ser joven, estar en la gestión de un hospital, me hizo entender que no se puede separar nunca el comportamiento, la acción racional, la acción racional enfocada a objetivos, a metas, nunca jamás está separada de la dimensión afectiva y relacional. Entonces eso ha sido un campo del que nunca, nunca me he podido despegar, de cierta manera, porque no creo que sea posible trabajar de otra forma; entonces para mí se transformó en una cuestión medio que de principios ¿no?

JC|WP *En este trayecto que tienes, ¿qué desafíos has encontrado, tanto políticos, institucionales o sociales, para intentar seguir esa vocación que intentas mantener?*

RO Muchos. En nuestros países latinoamericanos, la política pública es siempre desafiadora, en Brasil particularmente hay siempre una tensión entre lo que nosotros llamamos el campo de la locación de recursos. Entonces siempre hay una cierta disputa de recursos escasos entre determinadas políticas sociales cuando, por otro lado, otros aspectos digamos de la organización económica nacional nunca son cuestionados. Entonces, ahora mismo hay una discusión importantísima sobre que hay que hacer cortes para que cierren las cuentas, digamos de una cierta forma, en un cierto espíritu fiscalista. Pero nunca se discute, por ejemplo, la cantidad de dinero que se lleva al rentismo brasileño. Para que ustedes tengan una idea, Brasil es uno de los países que tiene la tasa de interés más alta del mundo y uno de los países más desiguales también del mundo y donde hay unos estudios recientes que muestran que el 0,1 por ciento de la población

brasileña dispone del 63% de los recursos. Y nunca se habla de disminuir, por ejemplo, la tasa de interés para que el rentismo gane menos y las políticas públicas puedan tener un poco más de dinero para ejercerse. Entonces creo que esto ocurre en varios países; también se puede ver lo que está pasando en Argentina en este momento, pero en donde siempre hay una impresión de que el pueblo, creo yo, no cabe en el presupuesto, ¿no? Se construye una visión fiscalista donde parece que las cuentas no cierran, pero nunca se dice por quién no cierran las cuentas. Y cuando se tiene que cortar algo, se corta de la gente más pobre, de la gente más necesitada. Y en ese sentido, en las políticas de salud y la política particularmente de salud mental dentro de la salud, también hay estudios importantes de la propia Organización Mundial de Salud mostrando que la mayoría de los países gastan menos de lo que está recomendado por la Organización Mundial de Salud en financiar los cuidados a salud mental. Y ahí podemos seguir en el sentido de decir, bueno, la inestabilidad institucional y política que nuestros países tienen, también podemos decir lo que pasó ahora en los años recientes después de la pandemia.

Entonces, nosotros estamos enfrentando un aumento de carga de enfermedad muy grande, que tiene que ver con la post-pandemia, que tiene que ver con las relaciones de trabajo y los ritmos acelerados de trabajo, y esos trabajos que se llaman de “uberizados”, en fin, de la gente tomando cuentas, siendo empresario de sí mismo, que lo lleva a trabajar 14-15 horas por día, y ahí vemos la cantidad entonces de enfermedad mental subiendo calamitosamente, pero eso no se acompaña de la estructuración adecuada de redes, servicios de cuidado, ni siquiera de redes de promoción y prevención de la salud. Entonces yo te diría que la gran parte de los obstáculos está en el inadecuado financiamiento, pero también en una cierta lógica institucional, que por lo menos acá en Brasil continúa siendo muy autoritaria. Nuestros servicios yo digo que humillan al pueblo, porque en realidad repiten cuestiones estructurales como el racismo, como

el patriarcalismo, el machismo. De esta forma, tenemos grandes desafíos, y todos esos factores estructurales también atentan contra la salud mental de las personas.

Es muy claro eso y muy neurálgico eso para el campo nuestro de la salud mental, poder enfrentar esas dificultades. Uno de los primeros proyectos de implementación que nosotros hicimos en una municipalidad aquí cerca de donde yo vivo, lo desarrollamos a pedido del gestor; el secretario de salud vino a la universidad y dijo necesito un estudio así, así, así, así. Diseñamos el estudio de forma participativa, conversando con él y con todo su equipo de la Secretaría de Salud. Pedimos el financiamiento a la agencia pública de financiamiento, conseguimos el financiamiento, comenzamos la investigación. En seis meses al secretario lo echaron y pusieron otro, y en seis meses vino otro. Y después de un año hubo elecciones municipales y vino otro, y después vino otro. O sea, nuestro proyecto, que tenía tres años de duración, convivió con cuatro secretarios de salud diferentes. Y esto dentro de lo que uno estudia, de los esquemas, ¿no?, de los marcos teóricos de la ciencia de implementación, cuando lo va a contar a los compañeros que trabajan con nosotros de otros países, porque yo trabajo con gente de Yale y yo de hecho trabajo con gente de King's College también, no entienden, ellos no pueden entender que nuestro contexto es tan inestable, por ejemplo. Y en esto los contextos latinoamericanos son muy diferentes que los contextos del mundo del norte. Por esto, yo creo que es importante que entendamos también dónde estamos parados, cuál es el suelo donde nuestras investigaciones y nuestros trabajos y nuestros estudios tienen que poder crecer, porque no basta traer cosas de afuera, tenemos que traerlas a veces, estudiarlas, pero también pensar claramente cómo se adecuan o no a nuestras realidades sociales, culturales y políticas.

JC|WP *Yo creo que la siguiente pregunta tendría que ver justamente con esto, este contexto que mencionas, y quizás una interrelación entre política, salud y educación, y es si tú consideras que las personas que trabajan en el ámbito de la salud allí en Brasil, en el contexto que señalas, tienen la formación y la disposición como necesarias para hacerlo, para trabajar en este ámbito de la salud mental.*

RO Claro, como la mayoría también de nuestros países latinoamericanos, nosotros tenemos una fuerza de trabajo con algunos problemas. Uno de los problemas, por ejemplo, es si tú vas al campo de ustedes, de la psicología. Yo coordino también una residencia multiprofesional de salud mental, donde recibimos todos los años psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y enfermeros. La formación que las facultades continúan a dar, sigue siendo una formación muy focalizada en una práctica individual y privada, te diría. En aquella ilusión del modelito de profesional independiente, digamos, que trabaja por su cuenta, que tiene su consultorio, y esto no es evidentemente lo que necesitamos para trabajar en los servicios comunitarios. Brasil, para suerte nuestra, vivió en las últimas dos décadas una expansión importantísima de la red de servicios comunitarios de salud mental. Entonces hoy nosotros tenemos demanda, los servicios quieren gente formada, nuestras residencias buscan formar ese tipo de personas. Pero la cantidad proporcionalmente que llegamos a formar es muy poca comparada con la gente que termina la facultad y va a trabajar y a esto se suma, no solo la formación de grado que en mi opinión, a veces deja a desear, porque no tiene la cantidad de práctica necesaria y sobre todo las prácticas no reflejan los cambios estructurales del sistema de salud, en el caso brasileño la expansión de los servicios comunitarios, pero también por las cuestiones institucionales.

De esta forma, tenemos gestiones de salud que son muy inestables, como este ejemplo que yo daba, el cambio del secretario, pero también tenemos gestiones que son absolutamente autoritarias, por ejemplo, que no comprenden la lógica del cuidado

en salud mental en un sentido comunitario que presupone la longitudinalidad del cuidado, vínculos entre los trabajadores y los territorios. Es una serie de cuestiones que son muy importantes. Hemos tenido algunos avances; yo creo que en Brasil la implementación de los cupos étnicos-raciales produjo un cambio importantísimo en la composición de quiénes son hoy nuestros alumnos, tanto en los cursos de grado cuanto en las residencias, porque hasta cinco o seis años atrás, siete tal vez como mucho, hace diez años que está el programa de cupos raciales, nosotros teníamos una... formábamos gente que no se parecía a la gente que iban a cuidar. Es una paradoja, se formaba un montón de profesionales que pasaban por los exámenes de ingreso universitario, que son muy exigentes, porque venían de escuelas particulares, por ejemplo, y donde el grueso de la gente del pueblo que se forman las escuelas públicas no conseguía acceder al sistema universitario.

Esto está cambiando en estos últimos diez años, y yo creo que esto es uno de los avances en esta relación salud-educación que tú preguntabas; para mí es una, pero hay otras que todavía estamos debiendo mucho, dejando mucho a desear, porque nosotros a partir de estas investigaciones de implementación, hemos implementado desde 2019 un servicio aquí, vinculado a la universidad, que es un servicio para personas con problemas con violencia, y cuando uno va, por ejemplo, a discutir problemas con violencia en los territorios, en la comunidad, la desarticulación que tenemos entre salud, asistencia social y educación es muy grande y entonces en cierta forma es como si uno desperdiciara energías y recursos, porque a veces la misma familia es tratada en los tres lugares, pero no hay acciones sinérgicas, no hay acciones conjuntas, no se piensan los planes terapéuticos de una forma integrada. Entonces tenemos mucho para caminar todavía en ese campo de la intersectorialidad y de la posibilidad de, por ejemplo, que la salud pueda entrar en las escuelas, en algunas actividades de promoción y prevención que serían súper potentes en las escuelas y que aún estamos como que lejos de eso, ¿no?

Yo creo que te diría eso, tenemos problemas, sí, con la formación de la fuerza de trabajo, tenemos problemas con la contratación de la fuerza de trabajo, porque el sistema público brasileño ha ido... como él es descentralizado hasta el nivel municipal, o sea, cada municipalidad organiza las contrataciones, se ha ido tercerizando demasiado. Entonces, eso también atenta contra el vínculo y contra la estabilidad de los trabajadores. Y también es malo para el gestor responsable que quiere, por ejemplo, trabajar con educación continuada, porque todo el tiempo tiene un turn-over de trabajador muy grande. Entonces, es como si uno, no sé, estamos secando hielo todo el tiempo, porque terminas de formar un grupo y ya se fueron y hay que formar los nuevos, y como que uno no pudiera acumular, ¿no?

JC|WP *En esta misma vía de la formación, ¿cómo consideras tú que debería ser justamente esta formación o educación que necesitan tener los profesionales en este campo de la salud mental?*

RO Mira, yo creo, yo trabajo, soy psicoanalista, trabajo con psicoanálisis, pero no creo que todo el mundo tiene que formarse psicoanalista. Entonces, por ejemplo, una facultad de psicología no tiene que formar psicoanalistas, tiene que formar buenos psicólogos que sepan después a que se van a dedicar y en que van a trabajar, pero no puede no formar psicólogos que no sepan nada de una intervención clínica, por ejemplo. Entonces creo que a veces, en psicología particularmente, caemos de un extremo al otro. O vamos a la cosa del consultorio particular donde todo el mundo tiene que entonces hacer veinte años de formación para poder decirse o autotitularse, digamos, psicoanalista, o hablamos de una cierta forma de los cuidados comunitarios, como si fuera posible un cuidado comunitario que no presuponga una cierta dimensión clínica, ¿no? Entonces yo creo que el gran desafío para nosotros está en cómo poner las corrientes clínicas, varias, todas legítimas -muchas tienen utilidades diferentes para diferentes cosas- pero cómo colocarlas al servicio del sistema público de salud y no formar predominantemente personas

para el mercado de la salud. Ese para mí aquí en Brasil es el gran desafío, y yo creo que hemos tenido algunas dificultades; ahora estos últimos años después de la pandemia, como que las cosas medio que empeoraron porque hubo momentos en que formamos gente que pasó dos años sin hacer ninguna práctica clínica. Entonces estamos recibiendo en algunos momentos, en algunos planes de formación de posgrado recién formados, peor te diría formados de lo que eran antes de la pandemia, y esto es un desafío importante.

JC|WP *Justamente conectándolo allí, creo que es importante ubicar la noción, por ejemplo, de salud mental, ya que desde allí es que se pueden dar estas directrices educativas, políticas en salud y demás. Entonces para ti ¿cómo sería posible definir la salud mental?*

RO Mira, como yo trabajo con evaluación, siempre nos reímos con eso, porque a nosotros los “mentaleros” nos encanta decir que es tan complejo que nada se puede definir, y yo creo que eso es una defensa para no definir nada, ¿no? Entonces yo siempre uso, digo que Freud decía que tratar a alguien era que esa persona pudiera recuperar la capacidad de amar y trabajar, y a mí siempre me gusta mucho apropiarme de esa definición de Freud para pensar lo que es salud mental. Entonces, ¿qué es salud mental? El que la gente pueda recuperar su capacidad de amar y trabajar. Aquí tenemos una ley de salud mental que estimuló el cierre de los hospitales monovalentes, lo que se llama el proceso de desinstitucionalización, que estimuló la abertura y hubo un crecimiento importantísimo de los centros de atención psicosocial, que son los servicios comunitarios, y aun así tenemos lagunas de tratamiento, gaps de tratamiento muy grandes, porque esos centros comunitarios en su origen de los años 90, final de los 90, comienzo del 2000 cuando se promulga la ley, fueron diseñados y pensados para las personas que tenían diagnósticos o eran diagnosticadas con trastornos graves; hoy tenemos centros que son para personas con trastornos graves,

tenemos centros específicos para personas que tienen problemas con alcohol y otras drogas, y tenemos centros específicos para infancia y adolescente, llamados infanto-juveniles.

Aun así, tenemos una cantidad impresionante de trastornos mentales comunes, de depresión, de determinados trastornos que aparecen solamente, por ejemplo, en la atención primaria, y que la atención primaria no tiene condiciones de cuidar. Y tampoco la lógica del ambulatorio antiguo, donde va cada uno a tratarse en su consultorio, da cuenta de esto. Entonces creo que nuestras redes de servicios de salud mental están un poco desacompasadas de lo que está apareciendo epidemiológicamente y en el territorio, diríamos, como que necesitaríamos pensar, nosotros hemos estado trabajando en eso, en algunos dispositivos que nosotros llamamos de articulación de red.

Por ejemplo, equipos que pueden hacer un apoyo matricial, equipos especializados que entran apoyando a los equipos de la medicina de familia y comunidad, en la atención primaria y de la salud, no necesariamente porque la persona va a ser derivada de ese otro equipo, sino que el equipo hace atención conjunta o puede hacer en algún momento entrenamientos o educación permanente de los equipos de la atención primaria, y esos son los grandes desafíos que nuestras redes asistenciales tienen hoy, te diría, aun sabiendo y admitiendo que todavía tenemos algunos problemas de cobertura, o sea, no hay cantidad de servicios como serían necesarios, pero que es verdad reconocer que ha mejorado mucho en los últimos años, y a pesar de eso, digamos, no son solo los problemas de acceso, sino también de la forma de organizar esa red de servicios, de cómo se articula el cuidado de una forma integrada para que salud mental no sea una cosa separada de la red de cuidados de las personas, ¿no?

JC|WP *Mencionas que han mejorado un poco esos servicios ¿Cómo han mejorado? En el aspecto en el que tú estás involucrada.*

RO Ha mejorado por lo que yo estaba comentando. O sea, la reducción de camas, por ejemplo, que hubo en Brasil. No me voy a acordar ahora de darte los números objetivamente, pero la reducción del número de camas en esos hospitales asilares, manicomiales, monovalentes, fue muy drástica, muy importante y se acompañó prácticamente al mismo tiempo de la creación y apertura de estos centros de atención comunitarios. Hay un gráfico interesante que yo siempre uso cuando doy clase, que más o menos en 2005 y 2006 se produjo un cruzamiento, si tú miras la curva de los gastos, lo que se gastaba con hospitales y lo que se empieza a gastar con servicios comunitarios, se invierte esa relación, o sea, se empieza a gastar más dinero con los servicios comunitarios que con los hospitales, más o menos en 2005.

Entonces desde allí que hemos vivido esa expansión de los servicios, esto es importantísimo, porque significa que la gente que tiene trastornos graves y que antes estaba internada y muchos de ellos fueron egresos, o sea son personas que han podido salir de esos hospitales de larga duración, están hoy teniendo atendimento en su comunidad, junto con sus familias. El acceso es gratuito, porque el sistema único de salud aquí es gratuito, el acceso a medicamentos es gratuito, o sea, creo que es innegable que hubo importantísimos avances y eso inclusive la Organización Mundial de la Salud lo ha reconocido. Hubo un número de un estudio de la Organización Mundial de la Salud, que inclusive toma Campinas, cerca a la ciudad donde yo vivo, como un caso de éxito en ese proceso de desinstitucionalización.

Por esto, te diría así: ¿exitosa la desinstitucionalización brasileña? Es. ¿Da cuenta de resolver los problemas de carga de trastornos mentales de la sociedad brasilera hoy? No, no da cuenta, aunque se haya expandido mucho por todo lo que estábamos diciendo, porque la sociedad en los últimos años, a su ritmo,

los ritmos de trabajo, los ritmos se han acelerado mucho, y entonces los trastornos que vemos tampoco son tantos como los trastornos de 30 años atrás. No hay tantas personas, no es que no haya, pero no hay tanta carga, por ejemplo, de personas con diagnóstico de esquizofrenia o cosas así, y hay más trastornos de lo que uno llama trastornos border-line, trastornos, en fin, que requieren de otro tipo de cuidado y que no siempre son bien recibidos en esos centros que fueron creados para las personas graves, que sería posible trabajar en ellos y adaptarlos, pero para ello necesitaríamos una inversión muy grande, no solo de dinero, porque no es solo el dinero, pero una inversión que tuviera una claridad sobre lo que se necesita desde el diseño de las directrices del Ministerio de Salud, digamos, para ir capilarizando hasta los municipios.

JC|WP *Yo quería devolverme un poco a lo que mencionabas antes, respecto a ser emprendedor de sí mismo, en esta lógica un poco atravesada por políticas neoliberales que están como en defensa del individualismo y del éxito del esfuerzo personal, ¿cómo has evidenciado tú o cómo piensas que puede afectar también a la salud mental? Quizás para profundizarlo un poco más, creo que lo mencionabas ahora, trabajar 15-14 horas y como explotarse de esta manera, pero ¿cómo lo verías?*

RO Es el proceso que está por atrás de todo lo que, o sea, de todo lo que se describe epidemiológicamente como aumento de la carga de trastornos de ansiedad, tentativas de suicidio, aumento de consumos problemáticos, todos esos son pres; insomnio, toda la cantidad de gente con trastorno del sueño, por ejemplo ¿Cual trastorno del sueño? Porque si viven todo el día a 45 por minuto, ¿cómo después van a poder parar, o sea, a la hora que tienen que parar, no consiguen parar.

Entonces hay una lógica que es de este ultra-neoliberalismo, que concuerdo contigo, y lo que yo creo es que salud sola no lo resolvería, esto. Sin duda, no quería pasar una idea de que estoy haciendo una lectura pequeña, en el sentido de 'ay, salud, va a resolver', como medicando a todo el mundo, repartiendo,

qué sé yo, fluoxetina en las cajas de agua de las ciudades, no se trata de eso. Pero también digo que donde tenemos la gente con estos trastornos y donde tenemos la gente con estos síntomas, digamos, hemos tenido problemas en ofrecerles acogida y cuidado adecuado. Porque tampoco sabemos bien cómo, y porque también hay poca gente que esté pensando en estas cuestiones, y yo creo que este es uno de los grandes dilemas de las redes de cuidado, de salud mental, en países como Brasil, que tienen sistemas públicos, que son fuertes, que son vigorosos.

Nosotros tenemos un sistema de salud que atiende al 70% de la población, o sea, es un sistema muy fuerte, pero al mismo tiempo tiene estas lagunas, estos gaps que no dan cuenta de esto que es una cosa reciente, diría yo. La gran expansión de esto es de los últimos 10 años, tal vez menos, ¿no?

JC|WP *Y en ese sentido, entiendo también que a nivel discursivo y a nivel sociopolítico en gran parte del mundo hay como un auge actual de las denominadas nuevas derechas, y ciertos discursos de odio, como mencionabas ahora. Eso también contribuiría a estas afectaciones que mencionabas, es decir, ¿cómo este discurso también entra dentro de esa lógica que puede o no afectar a la salud mental? ¿Cómo lo verías?*

RO Mira, yo tengo, en un texto reciente en un libro que lancé ahora, un capítulo donde estoy discutiendo un poco la constitución sociohistórica de la sociedad brasileña, a partir de una violencia fundacional, que es la violencia colonizadora, que todos la hemos sufrido, todos los países latinoamericanos la sufrimos. Y que en el caso brasileño se agrava, se agravó, en mi opinión, a lo largo de los años, porque Brasil fue el último país del mundo en abolir la esclavitud. Entonces la violencia esclavocrata se perpetuó en el tiempo y está por atrás también de la gran desigualdad, porque cuando se declara la abolición de la esclavitud, no se toma ninguna medida reparatoria, entonces estos ex-esclavizados van a componer los ejércitos de masa de trabajo con poca calificación y a vivir en la periferia de las grandes ciudades.

En fin, ¿por qué quiero decir esto? Porque yo, psicoanalíticamente, vengo estudiando otra cosa que es interesante, que se llama la transmisión transgeneracional. Entonces, es cómo las marcas de la violencia a lo largo de las generaciones van siendo transferidas de generación para generación, sin que esto pueda ser pensado. Y entonces hay una necesidad en algún momento. Si nosotros no somos capaces de producir lo que llamo dispositivos de tratamiento comunitarios en donde estas problemáticas puedan ser pensadas por las personas y puedan ser reflexionadas sobre estos asuntos, para prevenir la repetición del ciclo de la violencia, lo que aparece como esperanza, como una cosa medio infantil e ilusoria, si se quiere, pero que funciona, es el apego a una figura fuerte. Alguien, si no nos salvamos solos, que nos salve alguien, venga papá a salvarme. Y ahí el apego a esas figuras mesiánicas, a los Milei y Bolsonaro, Trump, es muy fuerte. Porque simbólicamente, por más que algunos de nosotros digamos esta gente miente, esta gente es autoritaria, esta gente también es violenta, para una gran parte de la gente que está decepcionada también por lo que las izquierdas hemos entregado o no, entregado en términos de política pública, de aumento de derechos, es una respuesta, una solución mágica, pero es, para mí, lo que está por detrás de muchas de estas aceptaciones, vos llamas a esto de las nuevas derechas, ¿no?, que no tienen nada de nuevas, realmente; para mí son la vieja derecha de siempre, solo que ahora se empoderó, pero no le veo novedad de nueva derecha, son la misma derecha de siempre, siempre hubo, ¿no? Tenían vergüenza de ser derecha, se escondían, mentían, ahora no tienen vergüenza, lo dicen claramente.

JC|WP *Sí, como mencionas, pues justamente en Latinoamérica hemos tenido como una historia de construcción en cuanto a la simbolización y el significado de salud mental. Mi pregunta es ¿cómo ha sido, pues, un poco esta construcción, también de la mano, de cómo se construye y cómo se torna hegemónica una política en este campo?*

RO Mira, yo creo que nosotros, claro, tenemos, y todos tenemos la marca, ¿no? Porque yo digo aquí también en Brasil hubo un epistemicidio. Nosotros hemos tenido lenguas indígenas que están extintas, se extinguieron. No sabremos nunca lo que se podría decir y expresar en esas lenguas que desaparecieron, ¿no? Pero también tenemos un genocidio en curso aquí, por ejemplo, porque todo lo que ha pasado en los últimos años en el último gobierno, en el Amazonas, por ejemplo, con la contaminación de los ríos y la contaminación para buscar oro, con mercurio, etcétera. También está produciendo un importante aumento de la mortalidad y de los trastornos, no solo mentales, pero del desarrollo, por ejemplo, de los niños indígenas, porque son pueblos que están acostumbrados, por ejemplo, a comer lo que pescan y los pescados que salen de esos ríos están todos contaminados con mercurio, entonces cuando vas a hacer el análisis toxicológico los niños están contaminados con mercurio, ¿no?

Entonces, lo que yo quiero decir, es que muchas de las estrategias de prevención, de promoción de comunidades, de promoción de la salud mental, digamos, significa tener un sentido para la vida, significa, entender, tener alguna cosmovisión compartida. Por ejemplo, los pueblos indígenas aquí son los que tienen las tasas de suicidio más altas. Y creo que tendríamos y tenemos posibilidades...por ejemplo, hay gente trabajando eso y es una cosa muy interesante, hay grupos de psicólogos y psicólogas negros aquí en San Pablo, que están trabajando una idea que le llaman de aquilombamiento, que es recuperar, vamos a decirlo así, la estrategia, la técnica que tenían los quilombos, que eran donde, en la época de la esclavitud, los esclavizados huían y se refugiaban en comunidades propias, donde el sentido de

comunidad, el conversar, el estar junto, el apoyo mutuo, tenían un sentido. Lo mismo pasa para los pueblos indígenas, o sea, hay una tradición muy grande de comunidad que esta vida del ultra-neoliberalismo atenta profundamente contra eso. Nosotros, aquí en la Universidad, en la Unicamp, por ejemplo, con esta historia de los cupos étnicos raciales, que solamente en los últimos cuatro o cinco años hubo, se instauraron los cupos para los alumnos indígenas.

Esta semana que pasó, por ejemplo, había una discusión interesantísima: ¿cómo uno recibe personas que vienen de regiones del país muy distantes, a veces de donde estamos nosotros, con referencias culturales muy marcadas? Y, por ejemplo, una de las cuestiones que se colocaba en la universidad esta semana pasada era que una alumna nuestra es una madre, tiene un bebé y la Unicamp resolvió en tesis el problema, porque le pusieron a disposición una guardería. Toda madre universitaria tiene derecho a dejar su nene en la guardería, pero para esta chica indígena no hace el menor sentido dejar su hijo en la guardería, no está en su cosmovisión dejar su hijo en la guardería; ella quiere estar con su hijo apoyado en su cuerpo porque es lo que ha vivido toda su vida, porque es la forma en que se crían los hijos que ella aprendió. Entonces eso significa una abertura, por ejemplo, de todo el curso. Por ejemplo, ¿cómo se hace para tener un curso donde una de las alumnas viene con su bebé a cuesta? Pero esto es incluir, sino es mandarla que deje el bebé en la guardería, y ahí ella se deprima y tenga una depresión postparto; no es una medida razonable. Ahora, ¿cómo nosotros, todos, nos adaptamos a dar clase con un bebé en la sala de aula? Esa es la diferencia tal vez, ¿no?

Entonces yo creo que nosotros estamos muy atrasados históricamente, diría, ¿no? Porque yo digo van a ser cinco siglos que esta violencia colonizadora acontece y es como que las medidas de reparación solo empezaron a aparecer en los últimos diez años; es muy poco tiempo y muy poco desarrollo de algunas estrategias que deberemos seguir aprendiendo, y creo

que haciéndolo conjuntamente. La primera vez que existe en Brasil, por ejemplo, un Ministerio de los Pueblos Indígenas es en este tercer gobierno de Lula. Ni siquiera en los dos gobiernos anteriores de Lula hubo un ministerio para estas cuestiones. Son asignaturas pendientes que nuestras sociedades tienen, y que yo creo que tienen todo que ver con el surgimiento de determinados agravios de salud mental, sin duda.

JC|WP *Yo quería devolver un poco a la formación, ahora que justamente traías el ejemplo de lo que se ha hecho en términos de inclusión y demás, pero digamos en términos también de formar a estos profesionales, quizás estos aspectos éticos y políticos, ¿tú ves que pueden ser enseñados o hacen parte de las características de cada sujeto? ¿Cómo podría eso ponerse en juego? Porque parece algo complejo en cierta medida.*

RO Yo creo que sí, que hay cosas que pueden ser enseñadas, no en el sentido de un contenido que se aprende de memoria, informativo, pero sí del formativo. Nosotros tenemos aquí en nuestra facultad un eje que es de ética, que va de primero a sexto año, por ejemplo, y donde todo el tiempo la metodología, digamos, el abordaje es de los casos a la reflexión, de los casos a la reflexión, de los casos a la reflexión. Y yo creo que es muy importante, porque en esta lógica que estamos diciendo, ultra-neoliberal, donde sálvese quien pueda, sálvate tú solo, como el barón de Münchhausen, agarrándote de los cabellos, se trata de recuperar redes de cuidado, recuperar redes de conversación, de escucha, discutir valores. Por ejemplo, yo te digo, bueno, trabajo en la Facultad de Medicina, entonces es una facultad que clásicamente estimuló mucho la competencia. Tienes que tener la mejor nota porque entonces te va mejor después en el examen de residencia, o porque entonces consigues la beca de iniciación científica, que también te va a poner mejor posicionado para el examen de residencia. Hay que intentar cambiar esto, conversando con los alumnos, para que ellos puedan tener cuestiones más solidarias. Y yo te diría que son estos grupos de alumnos que han entrado en los últimos años con los cupos étnico-raciales los

que más ayudan. Nosotros tenemos ahora un grupo, un colectivo de alumnos negros de medicina, que se llama Ubuntu, por ejemplo, y ellos se reúnen por cuenta propia y se protegen y se amparan. Y yo creo que ellos en ese sentido nos enseñan cómo hacerlo. Cuando digo que estamos muy atrasados me refiero a eso, a haber perdido completamente esa capacidad hasta de empatía, te diría, pero sí creo que se puede enseñar, creo que es importante que se abra espacio en los horarios, en las mallas curriculares para estas discusiones, son fundamentales.

JC|WP *En la misma vía, justamente en el caso de la formación, para ti, ¿qué tan importantes son las prácticas? ¿Sientes que en las prácticas se puede enseñar o más bien las personas van aprendiendo y van construyendo y van creando estrategias para tener un mejor desempeño en su labor?*

RO Las dos cosas. Yo creo que las personas van haciendo como pueden y creando estrategias, pero creo que, curricularmente, no tenemos que desistir de tener espacios especialmente creados y pensados dentro de los currículos para que esto ocurra. Por ejemplo, no sé, yo trabajo una vez por semana, nuestro departamento también tiene una residencia médica que es de medicina de familia y comunidad, por ejemplo, y nosotros trabajamos con grupos Balint Paideia, para que estos residentes puedan tener un espacio en la semana donde pueden reflexionar en grupo, con coordinación, de gente con experiencia y tal, sobre el efecto que el tratar estos problemas de salud, de trabajar en la comunidad, en el efecto emocional que les produce a ellos, que es totalmente contrario a pensar. Se suele decir: déjalo que se las rebusque solo, déjalo que ya se va a poner más durito, cuando tenga más experiencia no va a ser tan sensible, no se va a afectar tanto; exactamente, el contrario, es crear un dispositivo para que se entienda que afectarnos es algo de humanos que cuida de humanos. Y cómo hacemos para colocar nuestras afectaciones, voy a llamar así, al servicio de la producción de salud y no para que se enfermen más los pacientes y nosotros, que al mismo tiempo nos enfermemos nosotros como profesionales de

la salud. Entonces, yo creo que sí, que es muy importante que estén pensados estos dispositivos en las grades curriculares. Ahora claro que no dan cuenta de todo, y siempre habrá una parte en que cada uno de cierta forma, como decimos nosotros, se la rebusca porque cada uno va inventando también su propio estilo, su manera de sobrevivir a estos itinerarios de formación que uno propone.

JC|WP *En términos de esos itinerarios y esas formaciones, ¿qué teorías o disciplinas crees que deben ser parte del proceso de formación en salud mental? Es decir, mencionabas ahorita lo de la medicina, psicología, ¿pero qué teorías y disciplinas estarían allí bien ubicadas?*

RO Yo creo que es importante esto que tú estabas diciendo de una cierta lectura, por ejemplo, política. Es importante que un estudiante de medicina o de psicología o de enfermería, tenga una cierta lectura de dónde y cuál es su país, donde se pasa su práctica, donde va a ocurrir la mayor parte de su práctica cuando se forme. Creo que estos contenidos también psicológicos, por decir, de cierta forma, tienen que entrar en las otras carreras de salud. Una vez hacíamos estos grupos con médicos de familia y un médico dijo así: si me gustara entender por qué la gente llora, hubiera estudiado psicología. No, a ver, estudiaste medicina, no te puede no interesar por qué la gente llora. Entonces creo que deconstruir estos clichés que hay: entonces lloró, llamen al psicólogo; llorar es de humanos, los humanos lloramos. Entonces creo que son algunos contenidos que deberían ser transversales a varias carreras, algunos contenidos de psicología, de desarrollo psíquico, emocional. De momento, vamos a decir así: cuando uno piensa en los grupos etarios y cuáles son las fragilidades y los momentos, ¿cuáles son los riesgos para la salud mental que uno tiene? En la niñez es una cosa, en la adolescencia es otra, en el puerperio es otra, en la vejez es otra; bueno, cómo esto entra en nuestro, voy a llamar así, en nuestro menú de opciones clínicas cuando pensamos las profesiones y los equipos de salud.

Muy importante que podamos pensar cuáles son los riesgos del territorio; porque aquí estamos igual que en Colombia, en algunos territorios conflagrados, donde hay guerra, hay guerra de facciones criminosas. ¿Cómo se vive en esto? ¿Cómo no tener estrés? ¿Cómo no va a haber tasas de personas con insomnio altísimas en barrios donde después de las seis de la tarde hay tiroteo? Andá a dormir tranquilo con tiroteo afuera, donde cada vez por cuatro matan a un niño dentro de su casa por una bala perdida. Entonces, poder tener una lectura de esto, poder entender que, a esto, por ejemplo, no es suficiente responderle con un remedio. No es suficiente prescribir un antidepresivo para una mujer, por ejemplo, qué es madre sola, jefa de familia, que vive en un territorio de estos. Está bien, a veces puede ser que el antidepresivo la ayude un poco, pero no va a ser esto lo que va a resolver. Ella, su vida, su futuro, su hijo, sus nietos. Yo creo que eso es una visión de salud un poco más amplia que engloba salud mental, fundamentalmente, pero que no es exclusivamente de salud mental, diría por eso que, para mí, tiene que ver con el tema de la salud colectiva.

JC|WP *Actualmente, para los profesionales de la salud mental ¿sientes que existe alguna clase de ausencia para la formación interdisciplinaria?*

RO Muchas, te diría que muchas, sobre todo esto que yo te decía del acceso a prácticas, que estén más calcadas en las necesidades populares y no solo en lo que nosotros, los profesores, disciplinariamente decimos que es necesario. Creo que nuestro principal déficit es poder aproximarnos de estas interfases, entre las necesidades populares, que los estudios epidemiológicos nos muestran como agravios más prevalentes y al mismo tiempo cómo colocar nuestro conocimiento, nuestra clínica, nuestra tecnología de una forma que sean accesibles y que no sean solamente destinados a una élite, que son pocas personas; puede tratarse de esto, ¿no?, todos tienen que poder tratarse.

JC|WP *A mí me gustaría volver un poco a lo que hemos hablado sobre salud mental y preguntarte sobre diferentes que has podido ir mencionando a lo largo de la entrevista, pero quisiera saber qué otros desafíos consideras tú que actualmente la salud mental enfrenta.*

RO Yo creo que uno de los principales, te diría, tiene que ver con el enfrentar, aquí en Brasil por lo menos, los problemas de violencia, y otro diría que es el uso problemático de drogas y alcohol, porque los centros comunitarios, por ejemplo, los centros de atención psicosocial que se han abierto, que son centros que están en el territorio, no dan cuenta de esa dimensión de la que estábamos hablando, ¿no? De nuevo, se articula esta cosa del emprendedor de sí mismo, del ultra-neoliberalismo, de la ultra-explotación de la mano de obra, con algo que viene a remendar, vamos a decir así, a subjetividades totalmente sufridas, pero que al mismo tiempo es una bola de nieve, porque entonces por el uso de esto se aumenta la violencia, y la violencia aumentada aumenta el uso de drogas; es una bola de nieve que no conseguimos interrumpir. Yo creo que es el gran desafío y que no se resuelve solo a partir de la salud, a pesar de que salud tenga una gran responsabilidad, pero yo creo que lo que tú decías, articulación con educación, articulación con asistencia social, es fundamental. Si no conseguimos, no vamos a conseguir resolver eso.

JC|WP *Hablas un poco entonces del lugar subjetivo, que claramente se tiene que tener en cuenta. ¿Cuál crees que es el lugar de la comunidad para estar en esta elaboración de sostenimiento y ejecución de una política pública en la cuestión de salud mental? ¿Cuál crees que debería ser ese lugar que tiene la comunidad?*

RO Tenemos un problema, para mí, que es el de recrear el sentido de comunidad, ¿no? Que yo decía, entonces en los pueblos originarios hay un sentido de comunidad muy grande, en las poblaciones quilombolas, había un sentido de comunidad muy

grande. Hoy en día, con las redes sociales y con esta cosa de la internet, parece que la comunidad la tenés en la palma de la mano, porque está acá en mi celular, pero al final no está. Y yo creo que recuperar el sentido de comunidad, recrear dispositivos que recreen comunidad, por ejemplo, para mí es uno de los caminos para la prevención y promoción de salud mental en los barrios. O sea, centros culturales donde la gente se pueda encontrar, donde haya reflexión, no entretenimiento, no me refiero a una cultura del entretenimiento, me refiero a la recreación de valores culturales de un pueblo, pero sin el espacio de encuentro eso no va a pasar. Yo insisto mucho con que Winnicott decía que para los niños jugar necesitaban un lugar y un tiempo, y nosotros para recrear comunidad también necesitamos un lugar y un tiempo.

Si la gente no se encuentra, no es casual, por ejemplo, que tengan un auge tan grande aquí en Brasil las iglesias neopentecostales, por ejemplo. Hay determinados barrios de estos que estoy contando aquí violentos donde tú encuentras una escuela, un centro de salud, cinco bares y diez iglesias. No es casual. Estas iglesias crean un sentido de comunidad. Ellas crean un sentido de pertenencia. Ellas crean redes de apoyo y solidaridad. Esto los seres humanos lo necesitamos. No necesariamente tiene que venir a remolque de una iglesia que me diga lo que puedo, lo que no puedo hacer, si puedo tomar cerveza o si puedo escuchar radio. Me parece que no se trataría de que sea solamente a partir de la iglesia, pero sí debemos reconocer que son los espacios donde la recreación de la comunidad ha sido posible, y por eso tienen tanto éxito.

JC|WP *Yo creo que podemos pasar a una última pregunta, y retomando un poco lo que es la política en salud, quisiera preguntarte, ¿cómo se construye una política de salud mental y qué desafíos normalmente enfrenta esa construcción? Por lo menos en Latinoamérica, como se ha estado hablando en esta entrevista.*

RO Mira, yo te diría hoy, después de 20 años prácticamente de reforma psiquiátrica en Brasil, de la expansión de los servicios comunitarios, del cierre de los hospitales monovalentes, que el gran desafío de una política de salud mental, además de lo que ya hablamos, que son la formación, el financiamiento, la intersectorialidad, yo diría que el cuarto gran desafío es mantener vivo y empático, voy a llamar así, al equipo de trabajo de salud mental. Porque nosotros trabajadores de salud mental, al enfrentarnos con cosas tan dolorosas todo el tiempo, tenemos tendencias a defendernos del trabajo y la gran enfermedad institucional es la burocratización. Entonces, cuando un equipo se burocratiza, ese equipo se vuelve duro, ese equipo no consigue ser empático con los problemas que le llegan, ese equipo no consigue honrar el compromiso de la longitudinalidad del cuidado, por ejemplo, o de la resolutiveidad de los casos. Aquí hemos trabajado eso siempre, con lo que llamo supervisión clínico-institucional, entonces siempre debe haber dispositivos de cuidado de quién cuida; sin esto la política se enyesa, sin esto la política se burocratiza y ahí lo que uno entrega en la punta no es lo que la gente necesita. Por esto me parece que es tarea de la política pública, también, pensar cómo se mantiene vivo este entramado tan difícil y delicado que es el del equipo de salud mental.

Bibliografía

1. Bauman, Zygmunt (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
2. Castejón, M. (2022). *Las personas con sufrimiento y malestar psíquico víctimas de un modelo biomédico hegemónico*. En Nieto-Cabrera, M., Nieto-Morales (Coords.) (2022). *Víctimas sociales y víctimas de delitos: La promoción personal y social a través de la intervención*. Madrid. Dykinson eBook
3. Castejón, M. (2023). *Modelo biomédico hegemónico y neoliberalismo: obstáculos para el modelo comunitario y otros avances en salud mental*. En Bravo, O.A. (ed.) (2023). *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa*. Cali: Editorial Universidad Icesi. DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.25.2023>.
4. Castro-Sardi, X. (2013). *Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental*. CS, 11, 73-114.
5. Castro-Sardi, X. (2016). *Salud mental y atención psicosocial: reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental*. En O. A. Bravo (ed.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturas y políticos* (pp. 121-157). Cali: Universidad Icesi.
6. Castro-Sardi, X. (2016). *Cuerpo, subjetividad y tecnociencia: una aproximación psicoanalítica*. Cali: Editorial Universidad Icesi
7. Castro-Sardi, X. (Ed.) (2020). *Caso por caso: clínica y lazo social*. Editorial Universidad Icesi. DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/disc.3.2020>.
8. Carpintero, E., (Comp.). Frances, A., Pundik, J., y Coupechoux, P. (2011). *La subjetividad asediada: medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topía Editorial.
9. Carvajal, G. (2013). *Educación en la modernidad líquida*. Nexus Comunicación. 14. 10.25100/nc.v0i14.751.

10. Colina, F., Desviat, M., y Pereña, F. (2021). *La razón de la sinrazón. Capitalismo, subjetividad, violencia*. Madrid: Editorial Enclave. ISBN 978-84-122182-5-1. pp. 230.
11. Desviat, M. (2007). *Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica*. Rev. GPU 2007; 3; 1:88-96.
12. Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones De Salud Mental*. Madrid: AEN.
13. Desviat, M. (2016). *La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental)* En Bravo, O. (Ed.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (p. 121-157). Editorial Universidad Icesi.
14. Desviat, M. (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5.
15. Desviat, M. (2020). *Neoliberalismo, nueva extrema derecha y el sufrimiento psíquico*. En Bravo, O. (Ed.), *Las nuevas derechas: un desafío para las democracias actuales*. Editorial Universidad Icesi, 2020.
16. Desviat, M. (2023). Actualidad, pasado y perspectivas de la salud mental comunitaria/colectiva. En Bravo, O.A. (ed.) (2023). *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa*. Cali: Editorial Universidad Icesi. DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.25.2023>.
17. Díaz, M. (2020). *Neoliberalismo, producción hegemónica de la subjetividad y gobierno de las emociones*. (En)clave Comahue, 26, 36-60.
18. Exposto, E. (2022). ¿Qué hacer con la crisis de la salud mental? Lobo Suelto. <https://lobosuelto.com/que-hacer-con-la-crisis-de-la-salud-mental-emiliano-expostoi/>
19. Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. Francia: Éditions Gallimard.
20. Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico (1ra edición, "Primera reimpresión")*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

21. Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
22. Galende, E., & Barenblit, V. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Barcelona.
23. Galende, E. (2008). «Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser». Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi, [en línea], 2008, Núm. 20, p. 25-34.
24. Glasserman, D. (2017). *Fragmentos sobre la escucha*. Psicoanálisis - Vol. XXXIX - n. 1 y 2 - 2017 - pp. 135-142.
25. Han, B. (2010). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial. Barcelona. ISBN: 978-84-254-2868-5.
26. Han, B. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder Editorial. Barcelona. ISBN: 978-84-254-3399-3
27. Han, B. (2022). *Capitalismo y pulsión de muerte*. Herder Editorial. Barcelona. ISBN epub: 978-84-254-4549-1.
28. Marchetti, J. (2000). *Prólogo*. En Borgidnon, A., Calveyra, G., y Ricciardi, M. (comps.) (2000). *Salud Mental: Época y subjetividad*. HomoSapiens ediciones.
29. Miller, J.-A. (2004). *De la utilidad social de la escucha*. Revista Virtualia No. 10. <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/jamiller-01.html>.
30. Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2004. 1º Edición. ISBN 950-12-4523-3.
31. Moratalla, B. (2007). ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual? Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007, vol. XXVII, n.º 100, pp. 355-365, ISSN 0211-5735.
32. Onocko Campos, R. (2004) *Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria*. En: H. SPINELLI (Org.) (2004). *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad*. Lugar Editorial. Buenos Aires. pp.103-120

33. Onocko Campos, R.; Massuda, A.; Valle, I.; Castaño, G. y Pellegrini, O. (2008). *Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. Salud Colectiva, vol. 4, núm. 2, mayo-agosto, 2008, pp. 173-185. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina
34. Onocko-Campos, R. (2013). *Psicoanálise & saúde coletiva*. Sao Paulo: Hucitec.
35. Onocko Campos, R. (2019). *Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios*. espaço temático: saúde mental no Brasil: avanços e retrocessos. Cad. Saúde Pública 2019; 35(11): e00156119. doi: 10.1590/0102-311X00156119.
36. Onocko-Campos, R., Davidson, L., y Desviat, M. (2021). *Salud mental y derechos humanos: desafíos para servicios de salud y comunidades*. Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 1669-2381. EISSN 1851-8265. doi: 10.18294/sc.2021.348.
37. Onocko Campos, R. (2023). *Psicoanálisis extramuros: cómo adaptarnos a las políticas públicas*. En De Sousa Campos, G.; Merhy, E.; Drisun, M.; Onocko-Campos, R.; y Greco, M. (2023). *Enunciaciones sobre sanitarismo, intervención clínica y política pública*. Enunciaciones. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2023.
38. Ordóñez, A. (2023). *Salud mental y género: ambigüedades, re-funcionalización de la escucha terapéutica y politización del malestar*. En Bravo, O.A. (ed.) (2023). *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa*. Cali: Editorial Universidad Icesi. DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/escr.25.2023>.
39. Rose, N. (2019). *La invención del sí mismo. Poder, ética y subjetivación*. Santiago de Chile. Pólvara Editorial.
40. Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección*. Buenos Aires. Tinta Limón.
41. Santos, R., Ferrari, B., Onocko Campos, R., de Andrade, P., y Ricci, E. (2022). *Cuidado en salud mental en tiempos de retrocesos: destellos y resistencias*. Barquitos Pintados. Experiencia Rosario. 4(4), 231-247. <https://doi.org/10.35305/barquitos.v4i4.75>

Entrevista a Magda Dimenstein^{*MD}

(Brasil)

Entrevistadoras:

WM Wendy Julissa Murillo Garcés
VV Valery Velasco Vera

WM|VV *Vamos a hablar un poco sobre su formación, su experiencia tanto como docente en la academia, en investigación y en general en su ejercicio de la psicología y la perspectiva que usted tiene acerca de la salud mental comunitaria. Entonces, inicialmente nos gustaría que usted nos contara un poco acerca de su trayectoria profesional, profundizando principalmente en la experiencia que tiene en el campo de la salud mental, dónde, con qué público ha trabajado, los resultados y dificultades que ha evidenciado.*

MD Bueno, sobre mi formación, yo soy psicóloga e hice psicología en los años 80' en Brasil. Inicie mi carrera en el 82 en la Universidad Federal de Pernambuco, que es en Recife, que es una ciudad que está en el nordeste de Brasil. Es una universidad federal pública y es un... imaginen que es un periodo en plena abertura política saliendo de un momento de 20 años de dictadura militar en

Brasil. Entonces, fue una formación en un período muy particular de la historia política y social de Brasil. Ingresé en un curso que tenía una tradición muy privatista. Un curso con una tradición que no tenía mucha articulación, por ejemplo, con la salud pública, con la salud colectiva. Era un curso con un perfil de formación de profesionales para trabajar en la clínica privada, trabajar en las escuelas, trabajar en el área de trabajo o en servicios sociales. Entonces, fue una formación importante con una base bien estructurada. Era un curso muy bien asistido desde el punto de vista de la capacitación de los profesores, docentes. Había muchísima movilización política por parte de los estudiantes, pero era una formación aún muy acentuada en los modelos epistemológicos tradicionales de la psicología. Entonces, esa fue mi formación. Pero, concluí mi grado en 86 y era una época que también coincidía con mudanzas muy fuertes e importantes en el campo de la salud pública en Brasil. De apertura política, de cambios de la reforma sanitaria, especialmente de las políticas sanitarias y principios de movimientos de trabajadores de salud, tanto de salud pública como de salud mental, coincidiendo con los movimientos de trabajadores de la salud pública y de los servicios de asistencia psiquiátrica en Brasil.

Es más o menos el fin de los años 80 en Brasil, que coincide con el fin de mi formación, de mi graduación y el inicio de mi carrera profesional. Es un momento de muchísima efervescencia en el campo de las políticas públicas en dirección a una reforma sanitaria en Brasil. Entonces, ¿qué pasa en este momento? Coincide con que yo estoy viviendo en Recife. Mi marido es un médico que hace un concurso público para trabajar en otro estado que se llama Piauí. Nos casamos y vamos a vivir en este otro estado, que es un estado en el nordeste de Brasil muy pobre, con índices de pobreza muy altos, de desigualdades sociales altísimas. Y yo voy a vivir en este sitio. Cuando llego en esta ciudad que se llama Teresina, coincidentemente, por la primera vez abre concursos públicos para psicólogos para trabajar en la atención primaria. Entonces, mi vida profesional empieza con mi

salida de la universidad para trabajar en la salud pública; en la universidad y jamás en mi formación yo había sido preparada para trabajar con eso.

Sí, yo había sido preparada para trabajar en un consultorio privado para atender personas con una base teórica distinta, con preocupaciones completamente distintas. Y de un momento a otro me veo en una unidad básica de salud en una ciudad a la que jamás había ido en toda mi vida, en un territorio periférico de una ciudad periférica de una región periférica. Entonces, eso es un punto de inflexión muy importante en mi carrera. A partir de allí muchísimas cosas van a cambiar en mi vida porque, en un primer momento, mi primera reacción en este ambiente de trabajo fue la reacción más común, más frecuente, que es la de no comprender por qué las personas que frecuentaban este servicio de salud no valoraban el trabajo del psicólogo en la atención primaria. ¿Por qué las personas no procuraban al psicólogo? Bueno, yo no tenía nada que hacer en este espacio porque yo buscaba trabajo pero nadie quería hablar conmigo. Yo no percibía el valor de mi profesión o de mi trabajo y yo estaba absolutamente segura de que representaba una categoría profesional y manejaba un saber imprescindible al campo de la salud. Yo estaba absolutamente segura de estas cosas y despacito fui percibiendo que algo estaba mal. Había algo que yo no comprendía y que yo debía buscar alguna explicación del por qué mi práctica profesional no funcionaba. ¿Por qué la práctica del psicólogo no funcionaba en la atención primaria?

Entonces, yo me interesé y me planteé hacer una maestría y después un doctorado para encontrar soluciones para esto. Pero partí de una idea de que en la maestría y en el doctorado yo encontraría la solución para los problemas que estaba viviendo y que regresaría a mi campo, a la unidad básica de salud, con la solución de estos problemas. Es decir, los problemas estaban en el territorio. Las herramientas que yo manejaba, los conocimientos que tenía, todas las cosas, los saberes, las tecnologías que manejaba, estaban defectuosas.

Entonces, yo tenía esta idea. Lo que pasó en la maestría y en el doctorado fue que toda esta ilusión que tenía se acabó. No se concretizó. Al revés, percibí que el problema estaba exactamente en la creencia de que mis saberes y mis tecnologías eran adecuadas, perfectas, culturalmente competentes, congruentes, sensibles. Y no lo eran. Entonces, la cuestión de mi formación en psicología y la repercusión para la salud mental y en el campo de la salud mental fue una desilusión, no sé cómo decirlo, un desencantamiento. Perder esta ilusión, la ilusión, con esta... primero con esta... cómo que yo digo, perder la ilusión con la fuerza que el saber tiene, y el poder que los conocimientos tienen de establecer determinadas reglas en nuestra formación profesional. Lo primero es relativizar el poder de estas cosas que no son absolutas. Y después, la fuerza que otras disciplinas... la contribución de otras disciplinas como la antropología, porque la posibilidad de... durante la maestría y el doctorado de conocer teorías, de hacer, de conversar, hablar, estudiar con personas de otros campos disciplinarios, por ejemplo, de la antropología, de la sociología, de la geografía, de la filosofía, de personas de las políticas públicas, de epidemiología, fue fundamental, o sea, la cuestión interdisciplinaria es fundamental, la contribución de diferentes perspectivas es fundamental para que tengamos un conocimiento más complejo en relación al campo de la salud mental. Entonces, mi formación resultó de salir específicamente de la psicología y poder transitar en otros campos profesionales, de poder hablar con otros profesores, otros campos de saber. Y especialmente sentir... estar conectada con la realidad, con la realidad, con el territorio y con la vida concreta de las personas. Creo que fue ese el diferencial de mi formación.

WM|VV *En ese punto, me gustaría que nos ayudara un poco más en cuanto a esa primera experiencia profesional que usted nos cuenta, qué hacía, con qué población trabajaba, cuáles fueron los resultados obtenidos y que también pudiéramos profundizar en otras experiencias profesionales que hayan sido importantes en toda su historia profesional.*

MD

Este periodo que yo trabajaba en la atención primaria, las experiencias más interesantes para mí fueron...primero, estoy hablando de los años... miren, estoy hablando de fin de los años 80', entiendan, no sé si ustedes habían nacido, las experiencias especialmente con la pandemia de SIDA, ¿ok? Entonces, fue un momento muy importante de acompañar a los grupos. En este sitio que yo vivía, fue articulado un equipo multiprofesional con personas de diferentes formaciones donde nosotros hacíamos acompañamiento, casi un mapeamiento epidemiológico de los casos de SIDA en todas las instituciones presidiarias del Estado. Y acompañamiento de todos los casos. Entonces, fue un trabajo muy, muy, muy relevante, fue muy grande y principalmente en las instituciones presidiarias era complicado de hacer porque primero había muchísimos prejuicios con la propia enfermedad, cómo fue con la cuestión durante la pandemia de COVID. El SIDA era una cosa más asustadora, era muy asustadora.

Después, yo también participé aquí en Brasil, cuando fue constituido un equipo para implantar en los pequeños municipios, yo no sé cómo se habla en español, municipios que son los distritos o pequeños, en las pequeñas ciudades, el Sistema Único de Salud que en Brasil se llama SUS. Implantar el Sistema Público de Salud en Brasil, que fue a principios de los años 90'.

Nosotros, todos los equipos fueron distribuidos en el Estado para capacitar a los gestores públicos para implementar en sus ciudades el Sistema Único de Salud, cómo debería funcionar, cómo debería ser implementado, cómo los hospitales deberían funcionar. Entonces, mi trayectoria, mi experiencia profesional siempre fue muy direccionada para la salud pública. Nunca fue una práctica profesional de consultorio, de atención individual, de atención, nunca. Siempre fue una práctica dirigida a la salud pública, integrada con equipos pensando en una intervención en salud pública, sea para implementar planes o alguna intervención pública, sea para la organización y planificación en salud pública.

Creo que las experiencias más exitosas, más marcantes, para mí, fueron estas experiencias colectivas, estas experiencias de articulación con la gestión, de planificación de acciones de salud pública. Especialmente en el campo del SIDA, y de implementación del Sistema Único de Salud en Brasil.

WM|VV *También queríamos saber, actualmente cómo define la salud mental, desde todo lo que ha transitado en su vida profesional.*

MD Salud mental... no hay un sentido único. Salud mental es una cuestión absolutamente polisémica. Estoy segura de que no hay un sentido único, que es una cuestión absolutamente polisémica. Hay muchísimos sentidos y creo que es esta diversidad de sentidos y de posibilidades en términos de lo que es la salud mental su mayor felicidad. La cosa más importante es que es una cosa polisémica, que tiene muchísimos sentidos y que no hay un sentido único para la salud mental. Y el problema en el campo de la salud mental es exactamente la tentativa de reducir la salud mental a una única posibilidad, a un único sentido, a una única... o a la contraposición de salud mental al contrario de enfermedad mental, de dolencia, de enfermar.

Entonces, la cuestión es que hay una salud mental polisémica y hay una concepción de que hay una cierta hegemonía de sentido que direcciona un entendimiento de la salud mental en una única dirección. Y ese es el gran problema en la formación en el campo de la salud y en la salud mental. Esa idea de que hay apenas una única manera, una única forma de comprensión de la salud mental. De todas las formas, para mí, personalmente, hay una relación entre salud mental y algo como una relación entre salud mental y experiencia, experiencias singulares de vida. La salud mental es algo absolutamente singular porque es una medida de autorregulación que cada uno tiene que definir con base en su cultura, en su historia, en un determinado tiempo, en un escenario, en un contexto social, histórico, cultural, político. Su modo de vida, su existencia de autorregulación de, por ejemplo, de su modo de existencia. La salud mental es la

capacidad que cada uno tiene de definir su modo ideal de bien vivir. Eso es salud mental.

Sólo que esta capacidad de definir, de autorregularse, ella es atravesada, ella sufre efectos de una cultura, de fuerzas colectivas. Nosotros no vivimos en la nada, en el etéreo. Entonces, al mismo tiempo, la salud mental es individual pero es colectiva. Nosotros transitamos en algo que es individual pero es colectivo, pero es absolutamente singular porque cada uno, cada persona tiene su manera absolutamente propia de hacer esa autorregulación. Entonces, ¿qué pasa? Lo que pasa es que nosotros vivimos en una sociedad que establece patrones muy claros, muy estándar, muy rígidos, de género, de felicidad, de salud, de todo, culturalmente muy rígidos, y muchas veces, esa capacidad de autorregulación de cada uno es capturada por estas lógicas. Y cuando son capturados, son clasificados, entonces, hay muchísimos diagnósticos que van clasificando ciertos síntomas que son, vamos a decir, que reflejan cuando nuestra capacidad de autorregulación falla. Entonces, creo que la salud mental es siempre una negociación. Una negociación nunca es perfecta, es una negociación cotidiana. Nosotros estamos todos los días cotidianamente negociando con todas las expectativas que tenemos culturalmente, socialmente. Estamos luchando para mantener algunos niveles de libertad, de autorregulación de las cosas que nosotros definimos como libertad, como felicidad, como salud, pero no es fácil.

Entonces es difícil, es difícil definir que es salud, pero definitivamente es diferente para mí, para ti, para todos. Cada uno tiene una definición de salud mental. Y no es fácil, por eso es tan complicado trabajar con salud mental. No podemos trabajar partiendo de una idea estandarizada, padronizada; no podemos tener una única definición que es salud mental. Es imposible. Por eso es tan complicado trabajar con salud mental. Y tenemos que comprender cuál es la idea de salud mental que cada uno tiene para sí.

WM|VV *En ese orden de ideas, de lo que usted nos está comentando, me gustaría que profundizáramos un poco más en torno a qué condiciones usted encuentra para desarrollar este trabajo desde esta perspectiva de salud mental en su contexto, específicamente en las dificultades de orden político e institucional a este respecto.*

MD Bueno, en el año 1998 yo ingresé como docente en la universidad. Entonces salí de la atención primaria como profesional y fui a trabajar en la universidad. En la universidad, mi interés siempre fue articular la enseñanza, la investigación y la extensión universitaria, extensión académica, extensión, como acompañar a los estudiantes fuera de la institución, a las prácticas profesionales. Entonces, mi trayectoria en la universidad siempre fue articulada con la red de servicios de salud mental, acompañando a los alumnos en las prácticas, las posibilidades de desarrollar una perspectiva de salud mental más amplia, más conectada con la perspectiva de cada uno, con la vida de las personas, con sus territorios, conociendo las condiciones de vida, cómo vivían las personas. Porque yo estuve involucrada con disciplinas, por ejemplo, que eran desarrolladas no en la universidad, pero en los barrios más periféricos de la ciudad. Eran disciplinas que se llamaban salud y ciudadanía. Eran desarrolladas en las unidades básicas de salud de atención primaria en las comunidades periféricas. Los alumnos no tenían clases en la universidad. Tenían clases dentro de las unidades de salud. Entonces, yo pasé 20 años como docente en la universidad trabajando de la siguiente manera: primero, dando clases en los servicios de salud, acompañando grupos de profesionales, haciendo apoyo institucional para los equipos de profesionales, acompañando su cotidiano, apoyando los equipos a mejorar sus prácticas, y en los servicios sustitutivos, como centros de atención psicosocial, que en Brasil se llaman CAPS, o servicios residenciales terapéuticos, o también hospitales psiquiátricos, porque yo acompañé muchísimos moradores de hospitales psiquiátricos que participaban de un programa que se llamaba De regreso a casa, que vivían 30 años en los hospitales psiquiátricos y nosotros hacíamos el

trabajo de volver, que estas personas pudieran volver a casa. Crear posibilidades de volver a vivir en una comunidad, con el apoyo de un equipo, con el apoyo financiero del gobierno, crear posibilidades de vida fuera del manicomio.

Entonces, toda mi experiencia docente fue prácticamente mi vida como profesional dentro de la universidad, ¿entiendes? Porque yo no tenía vocación docente, yo no quería ser maestra, profesora, nunca en mi vida. Yo hice un concurso público para ser profesora en la universidad porque el salario era diez veces mayor que como profesional de psicología. La motivación fue esa, yo no quería ser profesora, nunca en mi vida. Siempre me gustó ser psicóloga y trabajar en la salud pública, y trabajar en la red. Entonces yo aproveché la oportunidad de estar en la universidad para trabajar en la red, continuar haciendo las cosas en la red. Aproveché para sacar a los alumnos de psicología del campus y para el territorio, para tener clases en el territorio, convivir con las personas en el territorio, conocer las desigualdades sociales, hablar con las personas, conocer las necesidades de salud mental, conocer cómo viven las personas, adquirir conocimientos para poder desarrollar competencias culturales para hacer un diagnóstico más competente, más cerca de las necesidades de las personas, proponer cosas más adecuadas a la realidad de las personas, saber qué cosas son más adecuadas para una familia, acompañar a un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia, hablar con otros profesionales, hacer planes articulados con otros profesionales, no trabajar solos.

Así, la posibilidad de trabajar con una idea, una concepción más amplia de salud mental fue posible por la posibilidad de trabajar en un territorio, con un equipo multiprofesional, compartiendo ideas con la comunidad, compartiendo responsabilidades con otros compañeros, con un equipo. Solo no es posible hacer nada, y si nosotros nos cerramos en la universidad, en un ambiente de muchísima seguridad, de confort, donde nosotros no somos cuestionados en nuestros saberes, no pasa nada. Es muy tranquilo. Entonces creo que este esquema de trabajo fuera de las

murallas de la universidad fue la posibilidad de expandir la concepción de salud mental y operar con una concepción de salud mental, operacional, una concepción ampliada de salud mental. Fue salir de las murallas de la universidad.

WM|VV *¿Cuáles considera usted que son las mayores problemáticas o dificultades que se presentaron en esta forma de trabajo desde una mirada de lo político y lo institucional?*

MD Yo creo que nosotros tenemos en Brasil, no creo que solo en Brasil, pero creo que en Brasil nosotros desde los años 90', con la red de atención psicosocial, con la política de salud mental, alcohol y otras drogas...nosotros conquistamos muchísimas cosas en Brasil, muchísimas cosas con todos los avances de la reforma psiquiátrica, de la lucha antimanicomial, todos conquistamos muchísimas cosas. Pero nosotros tenemos un problema que es un escenario muy difícil en Brasil. Nosotros vivimos en Brasil un escenario de fuertes asimetrías y desigualdades, desventajas, barreras de acceso a los servicios de salud mental, a los cuidados de salud mental por determinados grupos y poblaciones. Digamos, asimetrías que están asociadas a una falta de adecuación de la oferta de los cuidados, porque las necesidades de los grupos, esta cosa de la que yo estaba hablando, por cuestiones étnico-raciales, no hay adecuación de la oferta de los cuidados de salud mental a grupos minoritarios por cuestiones étnico-raciales, no hay. Hay muchísimas asimetrías y desigualdades en los cuidados de salud mental en Brasil, muchísimas. Todas las investigaciones que estoy coordinando en Brasil, todas, todas, los resultados indican eso. Entonces, hay muchísimas dificultades de los trabajadores de salud mental en Brasil de trabajar con grupos minoritarios y culturalmente diferenciados por género, por clase, por raza y etnia, por muchísimas dificultades. No saben qué hacer, no saben qué hacer en los servicios de salud mental. Entonces, hay la necesidad de una actualización de la clínica de la atención psicosocial. Es urgente. Dentro de la política de salud mental, es urgente pensar qué es la clínica de atención psicosocial, pensar a partir de una perspectiva intercultural,

interseccional, porque se piensa en la atención psicosocial como se pensaba, como una atención psicosocial generalizada, pero no se puede más pensar de esa manera. Entonces, creo que hoy no se puede más escapar de este problema.

WM|VV *Me gustaría que nos contara si usted considera que en el campo de la salud mental los profesionales cuentan con la preparación y la disposición para hacerlo, para trabajar en este campo, en su contexto.*

MD No, no creo. Para manejar estas especificidades que estoy hablando no, no creo, no creo porque el problema es que, por ejemplo, ¿qué pasa con nuestra red de atención psicosocial? ¿Qué pasa con nuestros servicios? Nosotros vivimos desde 2016, el golpe a la presidenta Dilma, después con el avance de la ultraderecha bolsonarista en Brasil y el desmonte provocado por los retrocesos ultra-neoliberales y los desmontes de la reforma psiquiátrica y de nuestra red de atención psicosocial. Los servicios de salud mental en Brasil prácticamente pararon en el tiempo. La expansión de la red se detuvo. Nosotros tenemos que volver a ampliar los servicios, volver a ampliar y a mejorar la calidad de los equipos, de la calificación de los equipos, de la formación de los profesionales, de los procesos de educación permanente en los servicios. Pero no es solamente eso. No es solo abrir más servicios, no es contratar más profesionales, no, no es solamente eso. Nosotros precisamos, necesitamos enfrentar cuestiones que son históricamente negligenciadas en la reforma psiquiátrica brasileña, como por ejemplo la cuestión de la diversidad cultural de la población.

La sociedad brasileña es una sociedad multiétnica. Hay una población diversa, muy diversa culturalmente, étnicamente también, indígena, gente de todos los sitios, muchísimas culturas, lingüísticamente es muy diversa, como la colombiana también. Entonces, hay una diversidad cultural, inmensa y, otra cosa, precisamos tener una perspectiva a partir de los marcadores sociales como clase, género, orientación sexual, genera-

ción, precisamos tener otra concepción sobre, por ejemplo, el racismo, el impacto del racismo en el sufrimiento psíquico; no podemos más olvidar de estas cosas en un país con esta marca colonial, como es en toda Latinoamérica. Esas cosas la política, las políticas de salud mental no pueden más olvidarlas. Las políticas de atención psicosocial se olvidaron de estas cosas todos estos años y no podemos más hacerlo. Tenemos que pensar que la producción de sufrimiento psíquico está atravesada por estas marcas del racismo, del colonialismo, esas marcas de las desigualdades e individualidades sociales; tenemos que pensar estas cosas y que esas marcas producen desigualdades, no acceso al servicio de salud.

Las investigaciones que estoy coordinando muestran claramente que hay diferencias en el perfil de muerte, mortalidad en salud mental en Brasil. Quien muere y quien se enferma más de problemas de salud mental en Brasil es la población negra y parda, quién pasa más tiempo internado en los hospitales psiquiátricos en Brasil es la población negra, quién tiene más óbitos en hospitales psiquiátricos es la población negra, ¿cómo nosotros no discutimos esas cosas? Entonces tenemos que enfrentar esas desigualdades, que son estructurantes dentro de la propia política nacional de atención psicosocial. Precisamos... en estos 30 años de lucha antimanicomial en Brasil nosotros conseguimos avanzar en muchísimas cosas, pero hay otras en las que nosotros no avanzamos y el hecho de que hay estas desigualdades entre ciertos grupos sociales en Brasil en relación a la salud mental está claramente mostrando que hay muchísimas cosas en las que se precisa avanzar, que nosotros necesitamos todavía avanzar, que hay muchas cosas por las que estamos lejos de tener una clínica de atención psicosocial intercultural, interseccional con equidad. No tenemos una salud mental equitativa en Brasil, no tenemos equidad en salud mental en Brasil; ese es un problema, no tenemos equidad en salud mental.

WM|VV *Magda, continuando con todo lo que nos mencionas, ¿cuál sientes que es el papel de la misma comunidad dentro de la elaboración de nuevas perspectivas dentro de la salud mental, y cómo es posible también que siendo partícipes de la salud mental como profesionales?, ¿podemos sostener como estas posturas frente a otras que son muy contrarias a algo que realmente pueda atacar el problema estructural de raíz?, porque sabemos que es muy difícil tener una postura comunitaria en un contexto en donde toda la política y la creencia cultural está muy direccionada a algo supremamente contrario. Entonces, ¿de que forma se puede sostener esta postura más ética, más profesional, más del territorio, más con la comunidad y cuál es el papel también de la comunidad en este papel de elaborar y ejecutar un proyecto distinto?*

MD Yo tengo 60 años y soy como me intenté mostrar para ustedes soy fruto de una generación que nació con los ideales de la reforma sanitaria ¿sabes?, y que acredita completamente en el poder del control social, del control de las personas, de la comunidad y que es solamente la población y las personas, las que tienen el poder de definir, de tomar realmente el control de las cosas, de definir el cómo de un país. Ahora mismo en Brasil, nosotros estamos viviendo un escenario asombroso, porque estamos luchando contra un legislativo que está aprobando cosas absurdas, como por ejemplo sacando de las mujeres el derecho de hacer aborto en casos de estupro, en casos de riesgo a la salud, cosas que nosotros habíamos conquistado 30 años atrás; estamos perdiendo derechos conquistados hace 30 años atrás. Estamos retrocediendo en el tiempo, estamos retrocediendo en cosas inimaginables y eso tiene que ver con la pérdida de las luchas, de la articulación popular de las personas en la calle, eso tiene que ver con la... infelizmente con la... con estos tiempos de pérdida, de guerra, de narrativas muy nefastas, de narrativas que son reaccionarias, nefastas, proyectos societarios muy distintos, concepciones del modo de vida muy diferentes de grupos sociales que tienen intereses muy distintos.

Entonces la salida que veo es que no todo está perdido y veo... lo que yo viví ahora mismo en el 30 de octubre en la ciudad que yo vivo que es Fortaleza, que fue la única capital brasileña donde, el Partido de los Trabajadores ganó las elecciones municipales, la única capital brasileña, entonces fue una lucha de titanes, fue terrible que... hay todavía personas, grupos que luchan cotidianamente contra estas fuerzas reaccionarias, que las cosas no están... aún con estos proyectos de derecha reaccionarios muy bien articulados y diseminados por las redes sociales que están ahí, todos los días de nuestras vidas hay personas, hay grupos que están rompiendo por esos grupos, porque nosotros lo vivimos esto aquí, una elección absolutamente desfavorable a la izquierda y nosotros ganamos por 10 mil votos, una ciudad de 4 millones de habitantes, 10 mil votos es nada, es nada; imaginemos, la izquierda ganó por 10 mil votos, o sea, la derecha que estaba convencida que iba a ganar. Entonces hay formas de resistencia subliminales y esas resistencias por más micropolíticas que sean ellas forman red, ellas ganan proporciones, fuerza y ellas hacen toda la diferencia y yo creo en ellas.

VWM|VV *olviéndonos un poco a que en parte de tu formación fuiste profesora, quisiéramos saber qué aspectos éticos y políticos tú puedes involucrar para enseñarlos y hacer parte de esa formación deseada en psicólogos y personas que se van a dedicar a la salud mental, cuáles son esas cosas que tú consideras que son relevantes dentro de una formación a estudiantes en este campo y cuánto de eso se puede enseñar, y cuánto de eso también depende de la misma postura de uno o de tus estudiantes como seres humanos dentro del mundo.*

MD Creo que es imposible disociar una cosa de la otra, imposible; creo que la vida de una persona es su ejemplo. Yo pasé por muchos problemas en toda mi vida, tuve muchos choques con muchos alumnos. En todo mi transcurso como orientadora, en la sala de clases yo viví muchísimas discusiones con muchos alumnos, exactamente porque no había para mí posibilidad de separar Magda, persona Magda, docente Magda, profesional

Magda, no había esa posibilidad. Entonces si teóricamente nosotros discutimos una cosa y prácticamente hacemos otra cosa, para mí no funciona así, no funciona así. Por esto, pasé por muchísimos problemas y asumí todos estos problemas institucionalmente; me creó muchas, trabas institucionales, creó muchas complicaciones con mis colegas docentes. ¿Yo estoy preocupada por eso? no. ¿Alguna vez en mi vida fui homenajeada por algún grupo de psicología?, no. Gracias, no es un problema para mí, porque nunca en toda mi vida... la cuestión es que yo no estoy buscando ser elogiada, ser la mamá de los alumnos, ¿entiendes? no es eso. Es una asociación de reflexión, de construcción, de desarrollo personal, desarrollo social, como en la vida. Hay cosas que nosotros aprendemos con la lectura, con otras personas, con la experiencia, con la sabiduría de otras personas, con la experiencia práctica, más nada es más importante que la experiencia vivida, la transmisión más eficaz es la afectiva; yo no creo en otra transmisión del conocimiento más eficaz que la afectiva. Es una cosa impresionante, por ejemplo, cuando se está estudiando una lengua. Por ejemplo yo tengo muchísima dificultad de hablar inglés, es muy difícil para mí hablar inglés, es muy difícil, yo tengo mucha, mucha dificultad de hablar en inglés, porque tengo odio de muchas cosas, ¿entiendes? Entonces, la cuestión afectiva es muy... es eso, el aprendizaje es muy efectivo y la cuestión ética creó que pasa por los mismos sitios.

WM|VV *Entonces rescatando la importancia de esa postura ética que usted menciona, ¿cuáles considera que son esas teorías o esas disciplinas que deben enseñarse en el aprendizaje o en la formación en salud mental?*

MD ¿Qué disciplinas, qué teorías en salud mental? Primero, creo que las disciplinas más importantes en salud mental son disciplinas de variados campos de saber. Hay un bosque, vamos a pensar así, un bosque que son disciplinas del campo de la salud, del campo de las ciencias humanas y sociales, disciplinas que tienen que ver con poder pensar por ejemplo, versiones sobre

historia, historia de la medicina social; creo que es necesario crear pensamiento crítico sobre la construcción de la salud mental, que es salud mental, como es la construcción del campo de la salud mental, para poder pensar las derivaciones de este campo, cómo se construye este campo a partir de la idea de medicina social. Después, las disciplinas que se relacionan con ese campo desde la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis, epidemiología, antropología, diferentes disciplinas que pueden pensar en este campo. También, pensar diferentes paradigmas sobre la salud mental, paradigmas que son más del ámbito de cultura, paradigmas que piensan nuevas formas de hacer la salud mental de una forma más ampliada, a partir por ejemplo de la salud colectiva, a partir de la idea de determinación social; yo creo que en el campo de la salud mental es necesario incorporar las perspectivas transculturales, el conocimiento intercultural, las perspectivas por ejemplo de la antropología, de la psiquiatría transcultural, de incorporar conocimientos de estos campos para poder pensar la cuestión de la diversidad, los modos de sufrimiento psíquico, de pensar por ejemplo, las epistemologías africanas. Hay muchísimas epistemologías africanas, feministas, epistemologías negras que trabajan para pensar el sufrimiento, por ejemplo, articulado con la cuestión de género. Todas estas epistemologías van a pensar el campo a partir de otros presupuestos.

Entonces dentro del campo de la salud mental es necesario presentar una variedad de posibilidades para los estudiantes, para pensar cómo es un campo amplio y polisémico y cómo es difícil trabajar a partir de una única perspectiva. Son disciplinas creo que, por ejemplo, del punto de vista de las epistemologías tienen que pensar epistemologías amplias, complejas, por ejemplo, el paradigma de la complejidad, epistemologías africanas, las perspectivas de género, para pensar otras posibilidades del sufrimiento psíquico, otras matrices, amerindias, matrices decoloniales, otras perspectivas para pensar la salud mental.

Nosotros tenemos que incorporar estos saberes en el campo de la salud mental porque son saberes que nosotros no conocemos con profundidad, no conocemos, como son, por ejemplo, las perspectivas transculturales, la psiquiatría transcultural, los estudios sobre la antropología transcultural; todas esas nosotros no conocemos, son estudios que las reformas psiquiátricas como la española o la brasileña, que está inspirada en la reforma Italiana no se apropiaron completamente de estos paradigmas. Basaglia fue un lector de Fanón, fue un lector de estos autores, pero no se apropió completamente de estos autores, no los incorporó completamente. Nosotros precisamos conocer más profundamente estos autores. Ahora en Brasil hay mucho más discusión y estudios sobre estas matrices epistemológicas en la universidad brasileña, hace 10 años más o menos.

WM|VV *Yéndonos un poco más a una dimensión política de la salud mental, ¿cómo se construye una política de salud mental hegemónica? ¿Qué es lo que usted considera que hace que una política de salud mental se convierta en algo hegemónico?*

MD Bueno, se vuelve hegemónica cuando es parte del cotidiano de la vida, ella se torna hegemónica cuando ella es parte del cotidiano, por ejemplo el modo asilar psiquiátrico era absolutamente hegemónico porque hacía parte completamente encarcelar a las personas locas, era completamente y sigue siendo todavía, era completamente natural para una sociedad que veía los locos como personas que deberían estar fuera de la convivencia cotidiana. Entonces una política de salud mental, con una perspectiva psicosocial para ser hegemónica...yo no creo que nuestra política es hegemónica, lo sería sí en Brasil no existieran más hospitales psiquiátricos, que no es verdad porque hay muchísimos, siguen todavía existiendo y hay muchas camas psiquiátricas aun funcionando y la idea de que los locos deben ser aislados o que representan un peligro para la sociedad, continúa como una idea viva y que circula en todos los espacios sociales. Por lo tanto, la idea de cuidar, del cuidado en libertad y de la lucha antimanicomial, de la idea de un sujeto de poder vivir en

libertad y de ser cuidado en su territorio, eso no es unanimidad, no es hegemónico de ninguna manera.

Entonces para eso tornarse hegemónico es necesario un cambio, un cambio social, un cambio de sociedad; es necesario una mudanza en la lógica de organización de la sociedad, que es un cambio, que no es solamente en la estructura de los servicios de salud, ni en la organización, ni en la proposición de una política de salud mental, es un cambio en la organización de la sociedad y en la sociedad que nosotros vivimos, en la manera que el mundo se está convirtiendo más intolerante a la diferencia, más intolerante a la diversidad, más intolerante, cada vez más capacitista, más intolerante a la alteridad, es imposible, es muy difícil. Entonces, así no creo, yo no creo que sea posible. Es una utopía a ser perseguida, creo que siempre es eso, es una utopía a ser perseguida. Hay algunas experiencias que son más bien sucedidas que otras en algunos sitios, en algunos lugares, que funcionan de una manera más interesante que en otros lugares porque hay más voluntad política, porque hay más compromiso de la comunidad que en otros sitios. Pero no veo como una cosa de una amplitud así, de una red muy amplia. Vea la experiencia italiana: es una cosa puntual, o la experiencia española, cosas puntuales. ¿Por qué?, ¿por qué es eso?, porque son cosas que dependen mucho de, están directamente relacionada con el modo como la sociedad funciona.

WM|VV *También quisiéramos saber en cuanto a toda esta construcción de una política hegemónica en la salud mental pública, ¿que instituciones considera usted que deberían ser partícipes de esta construcción?, porque es lo que usted dice, es muy complicado trabajar contra la corriente y contra algo que ya está demasiado estructurado, o sea, toca tener como una resistencia muy ardua.*

MD Yo creo que, por ejemplo, para construir una y consolidar una política de salud mental en un territorio, cualquier política, no solamente en salud, pero cualquier política, ella funciona

solamente en red; no hay política que funcione individualmente, ella necesita funcionar en red y esta red necesita ser con otras redes, por ejemplo, con los diferentes niveles de complejidad dentro de la salud, precisa hablar con diferentes niveles, pero en el campo de la salud mental la cosa más importante es la red intersectorial, el diálogo de los servicios de salud mental con los servicios de la red intersectorial de educación, de asistencia social, de vivienda, de transporte, de alimentación; o sea, si nosotros pensamos que salud mental depende de un conjunto de condiciones, de cosas para que una persona pueda transitar en la vida y definir, vamos a decir, partiendo lógicamente de condiciones básicas de supervivencia y garantizadas, que la persona pueda transitar en la vida y definir para su vida las cosas que le apetecen y no le apetecen, entonces para eso, esa persona precisa tener posibilidades de acceso a determinadas cosas y en el campo de la salud mental será necesario por ejemplo, tener acceso a determinados sectores que son imprescindibles para hacer esa conversación, para posibilitar esta conversación.

Entonces si nosotros pensamos, por ejemplo, que la exclusión, que la desigualdad, que la injusticia, que la violencia, que todas estas cosas afectan la salud mental, ¿que hace la salud mental, si no tiene una preocupación de hablar con sectores de educación, de protección social, de vivienda...El campo de la salud mental no depende única y exclusivamente del sector público, depende de una articulación tan amplia que no es solamente un sector que debe funcionar... el sector trabajo, porque las personas necesitan tener trabajo, un sueldo, un lugar para vivir, o sea todo eso, es por eso que no es solamente pensar en estrategias para trabajar en la salud mental, por ejemplo, en un servicio de salud mental y pensar en un plan de actuación para una persona; se tiene que pensar en una persona, en una determinada familia, en un determinado barrio y en un determinado sector, en una determinada ciudad, que vive determinados problemas, que no tiene esto, que no tiene aquello... es un escenario amplio, con muchísimas cosas. Entonces por eso es que es tan complicado

el trabajo en la salud mental, en la formación en salud mental, de poder entender que el sufrimiento síquico no es resultado de una única cosa, no es una única cosa, es un conjunto de factores, es un conjunto de factores que produce sufrimiento en la vida de una persona, son muchísimas camadas de cuestiones que están ahí sobrepuestas en la vida de una persona y que son muy complicadas.

El problema que nosotros vivimos, especialmente en los países latinoamericanos, es que hay un desperdicio del dinero, el desperdicio de fuerza de trabajo, el desperdicio de iniciativas, el desperdicio de vitalidad, el desperdicio de la creatividad de las personas; el desperdicio de tanta cosa que nosotros tenemos en nuestros países es tan grande, tan grande el desperdicio de todo ¿sabes?, la corrupción es tan grande, tan grande, no es por falta de dinero, no es por falta de creatividad ni de capacidad porque nosotros tenemos todo eso, dinero, capacidad, creatividad, inteligencia, tenemos todo eso, todo, todo, todo eso tenemos, en nuestros países, aquí, no es por falta de nada de estas cosas, es simplemente, una cosa, vamos a decir, como si fuese una adicción que tenemos de reproducir viejos patrones coloniales de pensamiento y de acción ¿sabes?

WM|VV ***Ya para ir cerrando un poco todo lo que hemos conversado durante estas horas que llevamos aquí, me gustaría preguntarle si usted considera que, al menos en el caso brasileño, es posible sostener iniciativas en el campo de la salud mental que vayan en contraposición a, por ejemplo los hospitales psiquiátricos que usted nos mencionaba ahora que aún persisten muchos de ellos.***

MD Sí, sí, estamos en Brasil luchando contra los retrocesos que desde 2015-16, están aconteciendo que es el de aumentar la internación en los hospitales psiquiátricos, la inversión en las comunidades terapéuticas para tratamiento de dependencia en alcohol y otras drogas; estamos intentando, pero ¿qué pasa? desde que... el cambio del gobierno de Bolsonaro para Lula, salud mental, en

mi opinión, no ha presentado ningún plan concreto de cambio, de cambio, de inversión. Yo no veo cambios. Yo no estoy en la red de atención psicosocial, yo no estoy más acompañando alumnos porque estoy jubilada, no estoy acompañando alumnos de grado, estoy solamente en el postgrado con alumnos de doctorado, entonces no estoy acompañando alumnos en la red directamente, pero estoy acompañando las discusiones con las investigaciones. Estamos sosteniendo nuestra política nacional de salud mental, pero el movimiento asilar, los tentáculos, ellos siguen ahí vivos porque los hospitales siguen funcionando, hay muchísimas clínicas privadas con cada vez más pacientes internados, las comunidades terapéuticas crecen y ahora son comunidades terapéuticas religiosas, evangélicas, neopentecostales, o sea, hay problemas para mantener esta política con una perspectiva psicosocial, porque hay muchísimos políticos en Brasilia en el Parlamento Nacional, en la Asamblea Nacional, que tienen muchos intereses en mantener los hospitales psiquiátricos, porque ganan dinero con los hospitales psiquiátricos, con comunidades terapéuticas; hay muchísimos intereses de estos políticos en mantener el mercado de la locura, la mercantilización de la locura.

Entonces, es difícil, pero estamos apostando, estamos esperando que la coordinación de salud mental... en toda oportunidad que tengo estoy diciendo, bueno, nuestra política, ¿dónde está?; a la coordinadora de salud mental nacional ¿que vamos a hacer? ¿que vamos a hacer? No podemos continuar de esta manera. Hay que tener una posición más clara de cómo las cosas tienen que funcionar, pero es difícil porque hay muchísimos intereses, muchísimos intereses que los hospitales continúen ganando mucho dinero con eso y las personas quieren estar internadas, quieren estar internadas para desintoxicarse, quieren estar internadas para muchas cosas; es eso, hay muchísimos intereses, no solamente políticos, hay intereses de la propia sociedad en tener estas ofertas manicomiales funcionando, para la sociedad es muy interesante tener estas ofertas.

WM|VV *Claro, claro, también para esta postura neoliberal de estar bien, de producir.*

MD Exactamente.

En lo conversado durante estas horas hemos podido recoger suficiente información, información muy interesante, muy enriquecedora para nosotras pues que estamos comenzando en este campo de la salud mental, que hemos dado unos pasitos, pero que es importante nutrirnos de todos los que están adelante sobre todo en Latinoamérica y este espacio ha sido bastante enriquecedor para eso, entonces muchísimas gracias profesora.

Bibliografía

1. Alverga, A. R. D., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10, 299–316.
2. Camargo David, E. (2020). Relações raciais, uma questão antimanicomial. *Revista Da Associação Brasileira De Pesquisadores/as Negros/As (ABPN)*, 12(Ed. Especi), 108–137. Recuperado de <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1116>
3. David, E. de C., Vicentin, M. C. G., & Schucman, L. V. (2024). Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e04432023. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04432023>
4. Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 5(1), 95–121.
5. Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57–63.

6. Dimenstein, M. (2019). Psychology, mental health and primary care. In S. H. Koller (Org.), *Psychology in Brazil Scientists Making a Difference* (Vol. 1, pp. 311–331). Springer Nature Switzerland.
7. Dimenstein, M. (2022). Saúde mental, políticas sociais e democracia: qual memória precisamos afirmar como resistência? In G. Zambenedetti & K. A. dos Santos (Orgs.), *Saúde mental, políticas sociais e democracia* (Vol. 1, pp. 21–43). Hucitec.
8. Dimenstein, M., Belarmino, V., Martins, L., Ronzani, T. M., Leite, J. F., De Macêdo, B. Í. D. B. Da Silva, G. R. W., Macedo, J. P. S., & Simoni, A. C. R. (2025). Competência cultural em atenção primária de saúde: uma revisão integrativa. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 19, 1–16.
9. Dimenstein, M., Belarmino, V., Martins, M. E., Dantas, C., Macedo, J. P. S., Leite, J. F., & Filho, A. A. (2020). Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica: Revista de Antropologia (Online)*, 12, 205–229.
10. Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., & Fontenele, M. G. (2022). Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde - desafios à integração no Brasil. *Revista Saúde Mental e Subjetividade*, 14, 1–13.
11. Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., Simoni, A. C. R., Liberato, M. T. C., De Macêdo, B. Í. D. B., Prado, C. L. C., & Saraiva Leão, M. V. A. (2022). Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25, 162–186.
12. Dimenstein, M., Macedo, J. P. S., Leite, J. F., Dantas, C., Belarmino, V., & De Macêdo, B. Í. D. B. (2023). Poblaciones racialmente estigmatizadas, necropolítica y salud mental. In J. Leite, M. Dimenstein, C. Dantas, & J. P. Macedo (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais: diálogos psicossociais a partir da América Latina* (Vol. 1, pp. 141–162). CRV.
13. Dimenstein, M., Silva, B., Simoni, A. C. R., Belarmino, V. H., Gomes, R. W. D. S., Martins, L. F., Ronzani, T. M., Leite, J. F., & Macedo, J. P.

- (2025). Competência cultural, interseccionalidade e equidade em saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas.
14. Gouveia, E. A. H., Silva, R. O., & Pessoa, B. (2019). Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 82–90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
 15. Macedo, J. P. S., Meneses, D. S., Dimenstein, M., & Kátia, D. B. E. S. (2023). Organização da atenção primária à saúde em meio rural no Brasil. In J. Klaus & P. G. de Freitas (Orgs.), *Psicologia social e saúde: teoria e prática* (Vol. 1, pp. 89–108). e-Publicar.
 16. Moraes, A. P. P., Guimarães, J. M. X., Alves, L. V. C., & Monteiro, A. R. M. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1163–1172. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>
 17. Müller, M. R., Lima, R. C., & Ortega, F. (2023). Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*, 32, e210731pt.
 18. Neto, M. C., Simoni, A. C. R., Dimenstein, M., Nomizo, M. C. P., Bezerra, I. P. L., & do Rêgo, L. A. (2023). Cartografias grupales: atención a la salud mental y disidencias sexuales y de género. In *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa* (pp. 217–248). Universidad Icesi.
 19. Passos, R. F. D. (2023). Transinstitucionalização e saúde mental em tempos de bio-necropolítica: atualizações do desejo de manicômio. (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/264317>
 20. Rego, V. T. S. M., & Silva, A. L. A. (2024). O racismo institucional como barreira ao cuidado humanizado e equitativo em saúde. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(3), e5501.

21. Santos Alves, T., Chiabotto, C. D. C., & Lima, F. (2023). Política de saúde mental, álcool e outras drogas: a atualização da guerra colonial e contribuições da analítica da colonialidade para a luta antimanicomial. *Revista Da Faculdade De Direito Da Universidade Federal De Uberlândia*, 51(1), 673–702. <https://doi.org/10.14393/RFADIR-51.1.2023.68321.673-702>
22. Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00120818.

/ 07 /

Entrevista a Daniel Goulart^{*DG}

(Brasil)

Entrevistador/a:

MZ María Camila Zarama
BA Byron Ricardo Arcos Rosero

MZ|BA *Para comenzar, quisiéramos saber qué formación tiene, cuáles son tus temas de investigación e interés en tu información académica.*

DG Yo soy psicólogo de formación, me gradué en la Universidad de San Paulo donde tuve mis primeras prácticas en el campo de la salud mental; mis primeras investigaciones también fueron en el contexto del Hospital General, en unidad en salud mental, en los centros de atención psicosocial que en Brasil son los servicios comunitarios públicos de salud mental responsables por la sustitución del hospital psiquiátrico que son expresión de la reforma psiquiátrica en nuestro país. Desde ahí, desde mi formación como psicólogo ya me preocupaba mucho la fragmentación de la experiencia humana, que se presentara la salud mental como si fuera un campo de especialización y un campo específico de funciones humanas que no dialogan con

el desarrollo humano, que no dialogan con la educación, con la psicología social, comunitaria y eso me parecía sumamente raro y reduccionista.

Ya veía con mucha fuerza un tema que se volvió un tema de investigación: como la salud mental muchas veces se ve restringida a una discusión de enfermedades mentales, de psicopatologías, de disfunciones, de trastornos mentales con diferentes nomenclaturas, pero todas que tienen que ver con una idealización de lo humano, una idealización de qué cosa es una normalidad en su funcionamiento psicológico, como si fuéramos un reloj, una máquina ¿no? Y la disfunción tiene que ser corregida y yo siempre pensé, y eso me viene desde la literatura, desde lecturas filosóficas y de algunas perspectivas psicológicas también, con el humanismo, el psicoanálisis, la psicología histórico-cultural, que el ser humano no se puede reducir a funciones en aspectos específicos y hay que desarrollar una perspectiva más integral y abarcadora de los procesos humanos y eso me hizo profundizar los estudios de la subjetividad, en una perspectiva histórico-cultural. Yo fui presentado al profesor doctor Fernando González Rey aún en mi formación de pregrado en psicología y su propuesta teórica desde el primer momento me pareció sumamente interesante, justamente para avanzar en una representación compleja del funcionamiento humano en el ámbito de la cultura que, por una parte, reconoce lo indisoluble del individuo y lo social, pero también que el individuo no queda subsumido a un reflejo, a una determinación ajena a procesos macrosociales, sino que tiene una posibilidad de singularización en los procesos que vive.

Entonces, el estudio de la subjetividad, de una perspectiva teórica epistemológica, metodológica, me llevó a hacer una maestría y un doctorado bajo la supervisión del profesor Fernando González Rey en la Universidad de Brasilia, más específicamente en el programa de posgrado en educación. Tanto en la maestría como en el doctorado trabajé la relación entre los campos de salud mental, educación y desarrollo en servicios comunitarios

de salud mental en Brasil, en Brasilia más específicamente, bajo esta perspectiva de la subjetividad. Actualmente estoy como profesor de la Facultad de Educación donde me gradué como magíster doctor de la Universidad de Brasilia y actualmente también estoy finalizando un post doctorado en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús en Buenos Aires, Argentina.

Los temas de investigación en categorías más generales, yo los pondría en el sufrimiento subjetivo en contextos contemporáneos en una perspectiva crítica de la patologización de la vida, que a la vez enfatiza un camino teórico para comprender y analizar las formas singulares y complejas con que el sufrimiento se expresa actualmente, de manera sumamente articulada a los procesos sociales, culturales, institucionales y relacionales; es decir una perspectiva crítico propositiva para trabajar el sufrimiento subjetivo.

Otra línea, otro tema de investigación histórico, han sido los procesos subjetivos relacionados al trabajo en salud mental, con especial énfasis en el trabajo en servicios comunitarios de salud mental, y más recientemente me he adentrado en el trabajo o la forma como se manejan los problemas, las crisis de salud mental en adolescentes y jóvenes en instituciones educativas, como escuelas públicas y universidades.

Una tercera línea que está muy articulada a las anteriores, es el tema del desarrollo subjetivo a partir de una ética del sujeto en la salud mental. Desde nuestra perspectiva no es solamente la comprensión compleja y singular del sufrimiento lo que importa, sino que también qué aporta esa representación del sufrimiento para una investigación y una práctica diferente en la vía de movilizar el carácter generador de esta otra persona, para generar recursos subjetivos para los desafíos que está enfrentando para de alguna manera abrir un camino propio auténtico de subjetivación y los contextos normativos en que vive y con eso abrir camino para un desarrollo subjetivo favoreciendo

la emergencia de agentes y sujetos. Estos serían tres grandes temas, en los que actualmente está muy involucrado nuestro grupo de investigación. Nuestro grupo de investigación se titula “Teoría de la subjetividad, educación y salud.” Yo lo coordino, junto con el profesor José Fernando Patiño Torres, que es caleño incluso, y en este momento trabaja en la Universidad de Brasilia, donde tenemos también estudiantes de grado, de maestría, de doctorado magíster, colaboradores externos como Omar Bravo, también en las líneas de investigación que tenemos en este momento.

MZ|BA *Dentro de tu carrera, dentro de tu trabajo y en lo que tú has hecho en general, en una parte por así decirlo teórica, como asistencial, ¿cuáles crees que han sido tus experiencias más significativas? ¿En qué trabajos, con los resultados, con las dificultades que se te han presentado dentro de tu trabajo cuáles crees que serían más significativas?*

DG Bueno, respondo la cuestión rescatando algunos aspectos sobre la construcción de políticas en salud mental, más específicamente desde Brasil, que sé que es uno de los tópicos de nuestra conversación y tiene que ver con el contexto en que me he involucrado como investigador, como profesional también en diferentes contextos. Por una parte, partimos de una crítica contundente al manicomio, a lo que significa no solamente como servicio, como institución específica, sino al manicomio como una forma de relación objetal con relación al otro. Siempre que el otro está en un lugar de objeto, lo entendemos como una relación manicomial y eso es una expresión de valores y una expresión de funcionamiento social y sabemos que los manicomios, los hospitales psiquiátricos históricamente han tenido muchas funciones, entre ellas de depósitos humanos frente a lo que se considera indeseable, frente a lo que no se considera moralmente aceptable, frente a lo que se considera de alguna manera digno de aislamiento social. Entonces, esas formas de manicomio seguramente no tienen que ver, como yo decía, solamente con el manicomio en sí mismo, como organización social,

sino con formas que se van capilarizando en nuestra sociedad, en nuestras instituciones de diferentes maneras. Obviamente estas críticas al manicomio a la institución manicomial, tiene que ver con los movimientos de reformas psiquiátricas del mundo, por ejemplo, hemos leído y profundizado en lecturas de Michel Foucault, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Thomas Szasz, etcétera, pero tiene mucho que ver más específicamente con nuestro contexto de investigación y práctica, con la reforma psiquiátrica de Brasil y allí están las contribuciones de Paulo Amarante, Ana Pita, Paulo Delgado, Pedro Delgado, Eduardo Vasconcelos, que han sido referentes históricos muy importantes para nosotros.

La reforma psiquiátrica brasileña es un movimiento social que surge en la década del 70, en un contexto de dictadura militar, y en esta vía emerge como movimiento social, protagonizado sobre todo por profesionales de salud mental, pero también por usuarios, familiares, grupos artísticos, sectores de la política que desafiaban la lógica autoritaria de la sociedad en aquel momento y demandaban más participación, más democracia, más derechos humanos y derechos sociales. Entonces es un movimiento muy inspirado en la psiquiatría democrática italiana, que tuvo un proceso de reforma psiquiátrica, como ustedes saben, radical, con la eliminación de hospital psiquiátrico, con muchas experiencias interesantes y también con muchos desafíos, y esas reformas psiquiátricas de Brasil proponen la desinstitucionalización como un principio y con una propuesta de cambio radical en el propio objeto de la psiquiatría hegemónica, con énfasis en la singularidad. Eso emergió gradualmente desde los 80' sobre todo, con más fuerza en los 90', nuevas políticas, nuevos servicios, experimentos sociales a partir de alcaldes, de secretarios de salud que fueron abriéndose a otra concepción y formas institucionales de trabajar la salud mental, y que llegó a la ley 10216 de Brasil, que es la ley de la reforma psiquiátrica; en esencia es una ley muy corta pero muy contundente de 2001 que propone el gradual fin de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por servicios comunitarios de base territorial para

la atención a la salud mental. Y eso implicó en el caso de Brasil -por eso hago esa disgresión histórica, para que me entiendan el contexto profesional, de actuación e investigación nuestro proceso- la construcción de una red de atención psicosocial.

Esa red de atención psicosocial se refiere a varios servicios, actividades y organizaciones tales como la atención primaria de la salud, unidades de salud mental en hospitales generales, residencias terapéuticas, donde las personas que salían, que estaban muchos años en los hospitales psiquiátricos sin familiares, sin trabajo, sin un lugar social e iban a esas residencias terapéuticas de manera de ser un puente orientado a ese proceso de desinstitucionalización, cooperativas sociales de generación de renta para estas personas. Pero fundamentalmente, los servicios que yo diría son centrales de la reforma psiquiátrica de Brasil en este proceso, son los centros de atención psicosocial. Los centros de atención psicosocial son servicios públicos, gratuitos, de atención a la salud mental, que tienen equipos multiprofesionales que trabajan, no con la idea de un centro hospitalario, sino con servicios insertados en la comunidad; son casas, no tienen esa estructura hospitalaria, siempre se trabaja con plan terapéutico singular, se tiene una primacía, una preferencia por talleres terapéuticos, y el trabajo fundamentalmente a partir del servicio hacia el territorio, hacia el territorio existencial de la persona.

Para finalizar esta contextualización, los primeros CAPS emergen todavía en finales de los años 80 y avanzan muchísimo en los 90, sobre todo también después de la implementación de la ley que les refería del 2001, donde hubo una disminución significativa de hospitalizaciones psiquiátricas, una mejor calidad de servicios, una horizontalización de las relaciones y un protagonismo creciente de los usuarios. Sin embargo, y ahí podemos hablar muy largamente sobre eso, hay muchos desafíos de orden macro sociales, macro políticos, que en este momento están muy intensos, pero les pongo tres puntos solamente en contexto: que la inversión sigue siendo bastante baja en la salud mental en comparación con otros países; hay una naturaleza estacional

de las iniciativas políticas en el campo, es decir, se cambia el gobierno, se cambia radicalmente la política su orientación su construcción y eso ha sido un problema. Tuvimos en Brasil un redireccionamiento político en este campo muy fuerte entre 2015 y 2022, a finales de gobierno Dilma Rousseff, pasando por el gobierno Temer, el gobierno Bolsonaro que representaron profundos retrocesos en este avance. Y de alguna manera nos hemos centrado en las dificultades cualitativas de los centros de atención psicosociales, es decir, nuestro campo de actuación profesional- investigativo ha sido menos en la macro política, en la formulación de políticas públicas y más en los desafíos cualitativos cotidianos de estos servicios comunitarios de salud mental, donde una trayectoria de investigaciones, ha apuntado lo que representan todavía muchos desafíos en el campo, una prevalencia de énfasis intervencionistas que siguen siendo basadas en el poder que se expresa por el saber incuestionable de especialista. Este objetivo de arreglar el desajuste, para alcanzar una supuesta normalidad todavía está presente mismo en los servicios comunitarios de salud mental, un foco en el control en la eficiencia, en la docilidad, en la adaptación, y lo que para nosotros es muy marcante, una desconsideración por el sujeto que se desarrolla, y por los procesos subjetivos individuales y sociales en este proceso. A eso lo hemos identificado y nombrado con el título de nueva institucionalización, el fenómeno de la nueva institucionalización, que representa el modelo biomédico que sigue presente en los servicios comunitarios de salud mental que formalmente se orientan a su superación y ese modelo biomédico se sostiene más allá de las intenciones de sus actores, pero se expresa en la dicotomía entre cuidado y desarrollo, con el vínculo persistente entre enfermedad mental o, entre comillas, “enfermedad mental,” y exclusión social y una subjetividad social marcada por un modelo manicomial.

Como decía antes, para nosotros, el modelo manicomial no representa solamente la institución manicomial, sino que es una forma de relación en que se impone el otro como objeto de saber, objeto de intervención. Eso está desarrollado en dos

libros: uno que se llama Salud mental, desarrollo y subjetividad de la patologización analítica del sujeto, y otro que fue publicado en inglés Subjetividad y salud mental crítica; reflexiones desde Brasil. Hemos después de este inicio de trayectoria investigativa, avanzando en cómo está este modelo manicomial asentado en esta patología está capitalizada en la sociedad. Entonces, el manicomio no está solamente en los servicios comunitarios de salud mental, está también en las escuelas, está en las universidades, está muchas veces en las propias organizaciones comunitarias porque, en efecto, es un resultado, es una expresión de la forma cómo lidiamos con la diferencia, como lidiamos con la política y como buscamos soluciones para nuestros problemas vitales. Eso está fuertemente en el campo de la educación, en las instituciones educativas y a eso nos hemos dedicado bastante en los últimos años.

MZ|BA *Nos diste todo un contexto cultural, social, político y económico que es muy importante y vamos a volver sobre eso más adelante. La siguiente pregunta es ¿por qué trabajas en el ámbito de la salud mental?*

DG Yo entiendo el ámbito de la salud mental como una dimensión sensible para expresar la forma como vivimos en sociedades, en culturas, relacionada a la forma como se articulan en cuestiones individuales las diferentes formas de sufrimiento subjetivo que se expresan en los escenarios contemporáneos, pero también como estas cuestiones individuales se articulan muy fuertemente con las respuestas grupales, institucionales, culturales que tenemos para lidiar con la diversidad humana y con muchos de los problemas sociales que tenemos. Yo pienso que para mí siempre me ha llamado mucho la atención, no solamente pensar, como decía antes, la salud mental no como un campo de especialización, como un campo de trabajo, sino como un campo, y esa para mí sería la definición. Yo no entiendo la salud mental como un concepto normativo, sino como un campo complejo configurado por perspectivas muchas veces contradictorias, que se dedican a estudiar y trabajar con situaciones de sufrimientos en diferentes contextos.

Y ahora me parece fundamental, para avanzar de forma consecuente tener claridad, sobre qué se concibe como sufrimiento, o sufrimiento psíquico mental subjetivo, que son muchas veces términos utilizados desde el sentido común sin una definición conceptual que permita avances teóricos y prácticos consecuentes y, en efecto, muchas concepciones y representaciones de sufrimiento coexisten en el contexto contemporáneo. Entonces reflexionar sobre este tipo de cosas siempre me ha llamado mucho la atención porque esta definición, la forma de pensar, de representar y trabajar el sufrimiento, tiene que ver con la manera como nos pensamos como seres humanos, como nos pensamos como sociedades, como encontramos respuestas para las cuestiones más críticas de nuestra existencia.

Y a la vez también, cómo se expresan las limitaciones y también las posibilidades de nuestro campo, de la psicología, de la psiquiatría y de otras áreas que están involucradas en el campo de la salud mental. Y ¿por qué eso para mí importa? ¿Por qué esta cuestión de definir el sufrimiento, de representarlo es importante? Primero porque como Moscovici y otros autores ya plantearon a mitad del siglo 20, la percepción humana no puede escapar del campo simbólico de su interpretación. Esa no es una discusión abstracta y academicista; los enunciados sobre el sufrimiento participan de la organización de saberes populares, forman un cuerpo teórico conceptual en la base de prácticas profesionales, hay una pelea, una lucha permanente histórica y actual sobre quién domina esas interpretaciones y eso de alguna manera se materializa y se configura en un cuadro en que múltiples representaciones, concepciones de sufrimiento, están presentes en el día de hoy, sea en la formación profesional, sea en la práctica institucional profesional en los servicios, sea en el sentido común, en la esfera mediática de redes sociales. Entonces, por ejemplo, es muy común todavía una perspectiva de la noción de enfermedad mental como una esencia universal ahistórica, que puede ser identificada a partir de los síntomas, este postulado naturalista. Eso está presente todavía en los

servicios, aunque eso ha sido criticado desde el principio del siglo 20, por ejemplo, por el psicoanálisis, por la fenomenología de Karl Jaspers, y eso ha sido largamente criticado por los movimientos de reforma psiquiátrica, por la antropología, la sociología; es decir, me parece muy interesante que sigan persistiendo nociones que son teórica, técnica, epistemológicamente flojas y profundamente problemáticas. Pero obviamente eso tiene que ver con una cuestión política también; por ejemplo, cuando el trastorno mental emergió como categoría; históricamente eso tuvo muchas relaciones con las versiones del manual estadístico de trastornos mentales (DSM), por ejemplo, que viene con esa pretensión de ser científico, universal, ateorico, sin embargo, eso ha generado una perspectiva de una explosión en el número de trastornos mentales.

Eso está muy vinculado a no solamente una representación del campo de la salud mental, sino a un modo de funcionamiento del capitalismo industrial que se interesa muchísimo por, obviamente, más psicodiagnósticos, por más formas de tratamiento, por más pastillas que vende una industria poderosísima, que no es solamente ya el hospital psiquiátrico el lugar privilegiado socialmente para diagnosticar, y esas prácticas de capilarización y biomedicalización van introduciendo novedades y una explosión de las categorías diagnósticas y del número de diagnósticos. Eso es un fenómeno que me parece fundamental pensarlo porque eso tiene que ver con nuestra representación de ser humano, como decía, y las respuestas que damos para nuestras cuestiones. Y ahí va para mí la discusión sobre el sufrimiento como discapacidad psicosocial, como padecimiento mental psíquico, pero lo que sí me parece muy interesante, es cómo mismo en los sectores más progresistas en las reformas psiquiátricas se tiene una vinculación histórica a la defensa de derechos humanos, políticos, pero los términos, los conceptos como sufrimiento psíquico, terminan siendo usados como referencias generales, como referencias en documentos y resoluciones, pero con poca elaboración como conceptos teóricos fundamentados con implicaciones más definidas para

la investigación y la práctica. No se profundiza en la especificidad cualitativa de a que se refiere ¿cuál es la definición de psiquismo? ¿Cuál es la definición de subjetividad? Para mí, y eso también tiene mucha relación no solamente con el interés en el campo de la salud mental sino que también con este puente, con esta articulación, cómo pensar el campo de la salud mental de manera articulada a una concepción de subjetividad como sistema simbólico emocional.

Siempre me pareció fundamental el desafío de construir conceptos y formas de conocimiento que, teniendo una sustentación teórica, no impliquen reducir al otro a una forma de representación predeterminada que se imponga, que anule al otro. ¿Cómo podemos pensar conceptos que favorezcan un puente con la otra persona o con otras personas, con otros sectores sociales?, que no aprisionen el saber y la producción subjetiva de este otro sino que permitan avanzar en un camino de comprenderlo en un marco dialógico que no represente un saber que se imponga, me entiendes. Por eso la perspectiva de la teoría de la subjetividad del profesor Fernando González Rey me pareció sumamente potente en esta vía y también para avanzar en el concepto, la noción de sufrimiento subjetivo que hemos desarrollado, que estamos desarrollando en este momento, y recomiendo tres libros de González Rey que fueron para mí fundamentales en esta discusión: un primero Subjetividad y salud, superando la clínica de la patología, es un libro del 2011; el libro Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad, es un libro del 2009, que fue publicado en Argentina, y Personalidad, salud y modo de vida, que fue un libro publicado en México en el 93, y este último libro que mencioné como mucho de sus artículos, capítulos, grabaciones de conferencias, están disponibles gratuitamente en el sitio web fernandogonzalezrey.com.

Bueno, este referente nos ha permitido llegar a esta noción de sufrimiento subjetivo como una configuración subjetiva dominante que genera malestar a la persona, que culmina en el debilitamiento de sus recursos subjetivos, que va reduciendo

sus posibilidades de acción, reflexión y posicionamiento en los distintos ámbitos de la vida. Lo que me parece importante en esta mirada del sufrimiento desde la subjetividad, es por una parte el concepto de configuración subjetiva en la teoría de la subjetividad de González Rey, que permite la inteligibilidad de cómo experiencias previas históricas, relaciones y otros espacios sociales, se configuran en el momento actual del sufrimiento, articulando aspectos históricos con recursos individuales y sociales singulares y en ese sentido se suma a la crítica a la patologización, a la medicalización y a la individualización de la salud mental, porque muchas veces se piensan los problemas de salud mental como un problema del individuo que es disfuncional, anormal, etcétera, pero con frecuencia, lo que me parece un riesgo, y al que muchas tendencias progresistas han llegado, se da la sociologización de los fenómenos, como si los individuos fueran consecuencias, epifenómenos, resultados de los procesos macro-sociales, y eso incurre en perspectivas también conservadoras, poco complejas y poco atentas, a la singularidad de los procesos humanos. Entonces lo que me interesa es pensar el campo de la salud mental a partir de esta mirada de la subjetividad precisamente para hacer el vínculo que me parece que es muy potente entre salud mental, educación y desarrollo subjetivo.

La educación no como una perspectiva pedagógica hegemónica, como instituciones de enseñanza, sino como sistema de acciones dialógicas dirigidas al desarrollo de las personas y de grupos sociales, y el desarrollo en esa perspectiva también de desarrollar nuevos recursos subjetivos que permitan al individuo cambios cualitativos en las diversas áreas de la vida y que genera una implicación personal cada vez más profunda en el área en que la configuración subjetiva del desarrollo se organiza. Y eso me parece fundamental para romper, sea con la tendencia patologizante, medicalizante que todavía impera en muchas sociedades, pero también con ese desconocimiento de la subjetividad individual y social, que también está presente en muchas perspectivas críticas.

MZ|BA *En tu forma de abordar, en tu conceptualización teórica y práctica, ¿qué condiciones consideras tú que encuentras para desarrollar tu trabajo? Por ejemplo, ¿qué condiciones encuentras para hacer tu trabajo en tu perspectiva y contexto? Teniendo en cuenta este contexto histórico cultural, de la antipsiquiatría en tu país, ¿consideras que política e institucionalmente encuentras problemas para poder llevar a cabo tu trabajo y hacer esta intervención?*

DG Bueno, a mí me parece que tenemos muchas dificultades de orden político, institucional a ese respecto en Brasil, pero antes de mencionar específicamente cuáles son, me parece importante desde esta mirada política institucional e histórica, pensar que el campo de la salud mental en Brasil de alguna manera tiene como pilares, como estructuras de sustentación, dos movimientos que tienen sus raíces en el proceso de democratización en el país a partir de la década de los 70' y con especial fuerza a partir de la década de los 80'. Como decía antes, la reforma psiquiátrica no fue un proceso aislado, ya dije que tenía una articulación con ese momento de democratización que llevó a la nueva constitución del 88. La constitución de Brasil del 88 es una constitución que amplía, favorece, los derechos humanos, los derechos sociales, y se pone a la salud y la educación, para decirte un ejemplo, como un derecho del individuo del ciudadano y un deber del Estado; es decir, eso llevó a Brasil a construir un sistema único de salud que es un sistema público universal de salud, que garantiza por la Constitución, el acceso universal gratuito, integral a la atención médica. Por las dimensiones de Brasil, este es uno de los sistemas de salud pública más grandes y complejos del mundo y yo decía antes que en la reforma psiquiátrica, el movimiento de la reforma sanitaria y la configuración del campo de la salud colectiva tuvimos autores, protagonistas históricos como Sergio Arouca, Gastao Wagner Campo, Ricardo Aires, Emerson Merhy y muchos otros que fueron fundamentales para construir nuestro sistema único de salud (SUS). Entonces, de alguna manera, la red de atención

psicosocial, la política de salud mental en Brasil, está enraizada en el sistema único de salud. Eso es importante porque, como sabemos, en América Latina no siempre se tiene un sistema único de salud de esta magnitud, ni siempre se tiene un proceso de reforma psiquiátrica.

Entonces son procesos singulares, que van tomando formas en diferentes contextos. Y el SUS nuestro tiene algunos principios generales, de los cuales menciono cuatro: la universalidad, que la salud es un derecho de todos los ciudadanos independientemente de su raza, sexo, ocupación u otras características personales o sociales; el principio de la equidad, que es tiene el objetivo de reducir las desigualdades, tratar a los desiguales de manera desigual es decir, no hay que partir de una principio que todos somos iguales, sino que somos desiguales, entonces hay que invertir más donde la necesidad es mayor; el principio de la integralidad, que considera a las personas como un todo atendiendo todas sus necesidades, desde la promoción en la salud, hasta la rehabilitación, por así decirlo; y también como principio está la participación popular y el control social.

¿Qué podemos pensar sobre estos principios que sostienen nuestros servicios, nuestro Sistema Único de Salud y que están también en la base de nuestra reforma, psiquiátrica? obviamente eso tiene que ver con una política que pasó en la postguerra en Europa, de las políticas de bienestar social que son políticas universales que se entiende a partir de aspectos y principios universales, no políticas focales para solucionar problemas específicos que emergen en el funcionamiento social. ¿Por qué eso es importante?, porque en Brasil, en el Cono Sur yo creo, que pasó mucho por dictaduras en Argentina, Chile, Uruguay, cuando se superaron de distintas maneras estos momentos dictatoriales, hubo una expansión de estas políticas universales, en un contexto mundial donde las políticas universales ya se estaban fragilizando, con el neoliberalismo fuerte en Chile, en Colombia, para no decir en Estados Unidos con Reagan, en Europa eso se empezaba a debilitar, entonces de alguna manera,

fue un movimiento, un proceso que dependió muchísimo de la movilización de los movimientos sociales en el caso de Brasil. Y obviamente, yendo directamente a tu pregunta, ahora las dificultades de orden político-institucional a ese respecto se refieren a que estos procesos sociales, sanitarios e institucionales están vinculados a una visión de sociedad y de ser humano, en conflicto con concepciones dominantes actualmente, y que van cobrando fuerza no solamente en Brasil, sino en el mundo, de forma creciente en el siglo XXI.

Eso tiene que ver profundamente con los aspectos económicos, políticos y culturales en la salud mental, con las políticas neoliberales, con este avance del individualismo, las nuevas derechas, los discursos de odio que van avanzando y a mí me parece muy importante en esa discusión el análisis que hace el profesor Eduardo Vasconcelos, que es profesor jubilado de la Universidad Federal de Río de Janeiro e histórico militante de la lucha antimanicomial en Brasil, y especialmente recomendando los siguientes libros en esta vía: el primero Reforma psiquiátrica, tiempo sombríos y resistencias; el segundo, Nuevos horizontes en salud mental, y el texto Tercer curso de formación y salud mental y lucha antimanicomial.

Entonces los desafíos me parece que tienen que ver en un primer momento con la primera dimensión macro, con este contexto, y Vasconcelos argumenta que la década de 2010 estuvo marcada por la crisis económica originada en 2008, que avanzó hacia el resto del mundo generando una recesión generalizada, con guerras, movimientos migratorios etcétera. En Brasil esta crisis tuvo su punto máximo con el golpe político mediático que derrocó a Dilma Rousseff de la presidencia en 2016 y este contexto profundizó una crisis de nuestro Estado, de nuestras políticas sociales, eso creó un entorno favorable para el surgimiento y fortalecimiento de fuerzas políticas ultra neoliberales, neo-fascistas, y eso es un fenómeno mundial. Eso es importante decirlo porque no es algo local, está Donald Trump reelecto ahora en 2024, estuvo Bolsonaro en Brasil, Netanyahu en Israel,

lo que está haciendo con esta guerra absurda, ese genocidio, Milei en Argentina y eso está en Europa, en diferentes países como Austria, Italia y cobrando fuerza en Francia, Holanda, Alemania, España y Portugal, etcétera, y esas políticas ultra neoliberales no solo significan desinversión y eliminación de políticas sociales y políticas universales, sino también profundos cambios estructurales en la economía, en la vida social y en la política. Pero bueno, ya podremos hablar de eso en otro momento; yo creo que esos son desafíos tremendos del campo, pero ya después podemos hablar de otros aspectos también, de la formación, de la práctica, lo que ustedes quieran.

MZ|BA *Me gustaría que me contaras un poquito cómo sería la formación y la disposición necesaria de las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental, si crees que las personas tienen esa formación y disposición necesaria para desempeñarse en el ámbito de la salud mental.*

DG Bueno, yo hablaba antes de los desafíos macro políticos, ¿no?, que tenemos en este momento en Brasil. Eso tiene implicaciones diversas en las políticas de salud mental, pero seguramente hay otros ámbitos y otros aspectos que también figuran como desafíos, como retos, y uno de ellos es la formación en salud mental. Para mí, estos aspectos tienen de alguna manera que ver con limitaciones teóricas y técnicas también, que están en la formación y en la práctica que no están para nada desvinculados de este contexto macro que les decía antes.

Porque estos aspectos teóricos y técnicos metodológicos tienen implicaciones institucionales y políticas también. Yo pienso que, de alguna manera, todavía tenemos una perspectiva de formación muy centrada en aspectos positivistas. Muy centradas en la dimensión reproductiva e instrumentalista como de alguna manera se aprende, se forma al otro para hacer un ejecutor de saberes y técnicas instrumentos más que en generar recursos subjetivos teóricos y técnicos para una acción reflexiva y creativa frente a las situaciones concretas que encontramos.

Eso se expresa muchas veces en un énfasis intervencionista, en una poca reflexión y elaboración epistemológica también, como si el saber que se aprende es algo a ser aplicado y no un saber que hay que construirlo, ¿me entiendes? Y eso está muy anclado en un modelo biomédico que sigue muy presente, que tiene mucho que ver con lo que dije antes del fenómeno de la nueva institucionalización de las relaciones manicomiales que sostenemos en nuestras prácticas. Yo veo que eso es muy importante, y en el estudio que estamos haciendo sobre la subjetividad y la formación que proponemos también centraliza esta dimensión no como una dimensión que sustituye todas las otras. Yo creo que es fundamental, como ustedes pueden ver en mi argumentación, el conocimiento de la historia de la política, de los procesos sociales, pero me parece también fundamental en el trabajo en salud mental, comprender y desarrollar recursos para dialogar, para entender cómo estos procesos macrosociales, macro culturales se singularizan en las personas, en los grupos sociales, en las instituciones.

La propuesta de subjetividad que trabajamos, que Fernando González Rey define como ese sistema simbólico emocional que se genera en los contextos diversos de la vida social por los individuos, por los grupos sociales, permite una nueva concepción del lugar del profesional en su práctica y del investigador, de la investigadora y la profesional, que confronta de alguna forma estos grandes desafíos que todavía tenemos en la práctica y en la formación, como me preguntaste. Por una parte, nos parece fundamental que el investigador, la investigadora profesional, asuman la responsabilidad de construir inteligibilidad sobre los procesos subjetivos que abordan y con los que trabajan. Eso solamente es posible a partir de la generación de estrategias dialógicas, que permitan opciones durante el transcurso de un proceso; no tiene nada que ver con llegar con recetas listas, instrumentos prefabricados para aplicar en una situación concreta, ¿no? Implica una concepción de dialogicidad que nos compromete emocionalmente, que tensiona, que provoca y que moviliza procesos subjetivos.

Y esto tiene que ver con el rescate del profesional, de la profesional, del investigador, la investigadora, como posibles sujetos de sus prácticas. Y una formación orientada a eso está articulada a una amplia cultura sobre el campo, a una perspectiva interdisciplinaria. De alguna manera trabajar con estudiantes, con profesionales, los recursos para pensar concretamente las situaciones singulares y concretas, a partir de sistemas teóricos, de conceptos que se construyan singularmente en la práctica que yo estoy construyendo. Eso implica una diferencia sustancial con lo que predominantemente se considera intervención profesional, porque por lo general, se considera intervención profesional a la aplicación de un saber desde una externalidad, en la cual el otro sea el otro individuo, donde un grupo social, una comunidad sean un objeto. Significa reproducir la lógica manicomial en las prácticas profesionales. Y yo creo que es fundamental para un trabajo en salud mental que desafíe este mundo que estamos hablando y desafíe este instrumentalismo que todavía impera en nuestro campo, precisamente la superación de esquemas centrados en el saber del profesional y del investigador.

El saber, el conocimiento teórico, por más sofisticado que sea, y eso lo escribimos en un artículo de 2016, es solo un recurso que alimenta las hipótesis sobre las cuales se orientan las acciones profesionales de carácter dialógico, que tienen por objetivo la emergencia del otro como sujeto de sus posicionamientos. Y eso me parece que nos trae muchos desafíos, un replanteamiento de la forma como concebimos la formación en nuestra práctica. Entonces, de alguna manera, eso también implica una concepción de práctica profesional estrechamente articulada a la investigación. Procesos que retroalimentan la buena práctica profesional implican un proceso investigativo implícito. No necesariamente una investigación formal, pero un proceso investigativo implícito, que tiene que ver con generar preguntas, cuestiones, hipótesis, sobre lo que está pasando, generar interpretaciones de una respuesta que no está dada, que no está en los libros. Una respuesta que se va a encontrar en un camino dialógico singular con el otro.

Y formar profesionales para esta perspectiva me parece fundamental, si estamos efectivamente, éticamente, políticamente implicados con la práctica que valore el saber, el posicionamiento y los caminos auténticos de vida del otro. Porque muchas veces, lo que pasa también, y eso yo lo he visto muchas veces, es que con las mejores intenciones, con los mejores slogans antimanicomiales, revolucionarios, etcétera, se incurre en prácticas sumamente conservadoras a partir de las cuales se considera que yo tengo el saber justo que va a liberar a este otro, ¿me entiendes? Y no, lo que puede hacer es movilizar este otro, provocar el marco del diálogo para que él cobre fuerzas a partir de esa relación que tengo con él, favorecer un proceso de emergencia, es decir, esa capacidad que tenemos de abrir vías de subjetivación que trascienden los espacios normativos en que estamos insertados.

Yo creo que esos son desafíos de la formación de manera más general, más amplia, pero que implican una nueva concepción de qué cosa es la práctica profesional y de qué se hace en la investigación. La forma de tratar las teorías, las teorías son vistas muchas veces como respuestas o como contenidos que yo voy a aplicar en la situación, pero las teorías, y eso lo decía González Rey en diferentes oportunidades, son recursos centrales de construcción en la práctica y en la investigación. Las acciones profesionales, la investigación, no son consecuencias directas de una teoría, las teorías representan dispositivos para construir conocimientos sobre temas muchas veces desconocidos e inesperados.

Entonces, eso va a implicar que algunos instrumentos sean pertinentes en un contexto y no en otros, significa que en el diálogo se debe estar atento, debemos estar atentos en el marco del diálogo, en esa comunicación con implicación emocional, que eso se sostenga por un vínculo afectivo, cuáles son las formas que el otro se expresa, cómo yo puedo crear un espacio relacional que favorezca la expresión de las personas involucradas, el interés de tomar un posicionamiento activo. Eso implica, en

efecto, algo que nos genera muchos desafíos, eso no es fácil. ¿Por qué? Porque en esa perspectiva, sea el investigador, sea el profesional, sea el participante o la persona con quién estamos trabajando, son vistos, o por lo menos favorecemos que emerjan, como sujetos de un proceso. Pero la sociedad muchas veces nos forma y nos conforma para hacernos reproductores. Y para confiar que hay un especialista, sea psicólogo, médico, profesor, lo que sea, que me va a dar la respuesta a mí de lo que debo hacer, y eso muchas veces vende como forma de tratamiento pastillas, etcétera. Pero yo creo que, que implica un desafío de llamar, rescatar y valorizar el carácter generador de las personas, de los profesionales, los estudiantes, la comunidad, el individuo, la familia con que estamos trabajando; eso son desafíos fundamentales.

MZ|BA *Hablaste de que hasta cierto punto las cosas pueden ser enseñadas, pero también de cierto punto para allá también es por parte de la persona, ¿cierto? O sea, es del individuo.*

DG Yo no creo, y eso en eso soy, bastante consecuente, con la perspectiva vigotskyana de la psicología cultural, que tiene un peso, una raíz muy fuerte también, en el pensamiento de Fernando González Rey y Albertina Martínez, en la teoría de la subjetividad, nosotros no enseñamos en una perspectiva de transmisión, de conocimientos; la formación implica un proceso mucho más complejo y el aprendizaje es una producción subjetiva del otro, de la persona. Lo que sí puedo hacer, obviamente, como profesor, como institución educativa, lo que puedes ofrecer son espacios de diálogo, acceso a información, a marcos, referencias y a situaciones que van a involucrar a este otro a desarrollar recursos y procesos que tengan que ver con su aprendizaje. Pero, en efecto, en eso no se parte en la perspectiva bancaria, como Paulo Freire habla, de quién tiene más. para quien tiene menos, ¿no? Es una formación, que es teórica y técnica muy sofisticada, pero que a la vez implica precisamente favorecer los recursos reflexivos, creativos que emergen la subjetividad del otro.

MZ|BA *Entonces ¿esto mismo aplica para los aspectos prácticos? O sea, en el momento de la intervención, es lo mismo ¿cierto? Como que depende mucho de la producción subjetiva que cada persona haga.*

DG Pero eso no implica un relativismo absoluto. Yo quiero ser claro en esto. Entre el relativismo absoluto y el instrumentalismo, entre estos dos extremos, hay muchas opciones. Lo que digo es que es fundamental que un estudiante, una persona en formación tenga acceso a teorías, a técnicas, a instrumentos, que vea personas más experimentadas que participan de prácticas, que dialogue con pares, con personas más experimentadas. Y eso va alimentando un saber, una reflexión, y una posibilidad de utilizar esos recursos de manera creativa. Lo que no implica no saber nada y llegar ahí y hacer lo que uno quiera, ¿eh? Implica, por el contrario, mucho estudio, mucho involucramiento teórico, técnico, metodológico, pero orientado a que el otro valore su propia producción como autor de su práctica, y no como reproductor de una técnica o un instrumento que le fue enseñado, eso es lo que quiero decir.

MZ|BA *Algo que faltó puntualizar: hablas mucho de la formación en salud mental. Mencionaste al inicio que debía ser como un trabajo interdisciplinario. Entonces nos gustaría saber específicamente, ¿qué teorías o disciplinas creerías tú que deberían hacer parte de esta formación?*

DG Yo creo que un aspecto muy importante en la salud mental, en la formación en salud mental, es no pensar que la circunscripción del campo de la salud mental es suficiente. Es decir, vivimos en una sociedad compleja, con múltiples temas, tópicos, con una historia, con construcciones culturales, que de alguna manera se articulan y se configuran de determinadas maneras en el campo de la salud mental. Pero la formación en salud mental no puede prescindir de una cultura más abarcadora y general de la historia, de la sociología, de la antropología, las ciencias sociales de manera general. Igualmente, de una cultura

psicológica, en el campo y de los campos más específicos con que se trabaja en la salud mental. A mí me parece que una formación interdisciplinaria es importante porque los procesos subjetivos, de crisis, de sufrimiento, de cómo se vive la vida, no son un aspecto aislado de una existencia. Entonces, estimular lecturas de diferentes campos me parece fundamental incluso para historizar, para comprender la composición actual de los sistemas, de las prácticas, de las teorías que tenemos. Y me parece muy importante este énfasis y el cuidado de, por una parte, enseñar y presentar las principales perspectivas, propuestas, teorías que están, que componen este campo, pero a la vez siempre estimulando, como ya dije antes, un posicionamiento reflexivo, analítico, cuestionador y generador de la persona que está pensando.

Es decir, no hay que reproducir qué cosas Foucault dijo en “Historia de la locura”, lo que hay que pensar es qué contexto estaba Foucault, qué limitaciones tiene lo que Foucault planteó, qué se aprende, cómo trasladar lo que Foucault está discutiendo en el contexto francés al contexto de Colombia, de Brasil, qué otros elementos podríamos agregar a este análisis histórico, cómo eso se puede trasladar de una parte a otra. O, que otras perspectivas nos parecen fundamentales pensar en nuestros contextos. Ese tipo de reflexión, de cultura que se va ganando, pero que a la vez también va alimentando una reflexión propia. Me parece muy fundamental porque eso es parte del trabajo que hacemos. Nosotros cuando estamos lidiando con situaciones de sufrimiento, no son personajes de libros, son personas que están en situaciones de relación complejas, que tienen situaciones de vulnerabilidades sociales diversas, situaciones de violencia muchas veces, situaciones de desigualdad, situaciones de raza, etnia, de género, que se configuran singularmente, pero que, para leer y comprender cómo se configuran singularmente yo necesito una cultura amplia sobre estos temas para interpretarlos y para, a partir de ahí, poder en el marco de un diálogo movilizar a esta persona, este grupo social, esta comunidad, a que precisamente

asuma un carácter generador, activo, propositivo, para generar alternativas frente a la situación de sufrimiento que se volvió dominante. Eso implica una apuesta en el carácter generador del profesional y del otro con que estamos trabajando.

MZ|BA *Teniendo en cuenta todas estas iniciativas, vinculadas a este campo de saber e intervención, ¿cómo se podrían llevar a cabo en unos contextos institucionales y políticos contrarios? Las iniciativas en la salud mental comunitaria proponen un cambio sistemático de todo lo que ya conocemos. Entonces, ¿crees que es posible, teniendo en cuenta que es, como algunas personas lo describen, casi utópico, porque en la práctica puede ser muy complejo de llevar a cabo, sostener estas iniciativas en contextos, institucionales y políticos contrarios a las mismas?*

DG Yo creo que hay diferentes dimensiones de tu pregunta, ¿no? Por ejemplo, yo creo que hay contextos institucionales específicos, como un hospital psiquiátrico, un manicomio, históricamente configurado como tal. En este punto tengo la radicalidad de Basaglia y de la propia reforma, psiquiátrica de Brasil para pensar que no hay muchas posibilidades de transformación, de cambio desde adentro de ciertas instituciones que están tan visceralmente involucradas con una lógica manicomial que no tiene nada que ver con lo que estamos haciendo. Lo que hay que hacer es superar esas instituciones, entonces hay ciertas estructuras, ciertas instituciones y organizaciones sociales, donde no hay compromiso posible como decía Basaglia, y que hay que superarlas, sustituirlas e inventar otros dispositivos. Sin embargo, podemos también llevar tu pregunta a un nivel más abarcador todavía de la sociedad en que vivimos.

Más temprano hablaba de los desafíos macropolíticos con la emergencia de la ultraderecha, ultraneoliberalismos, etcétera, que lleva a muchos desafíos, que podemos pensar, que es casi una utopía, como decías, un idealismo, sostener otro mundo dentro de este. Sin embargo, yo creo que es posible y la historia nos ha enseñado que, por más fuerte, totalizante, que sea una

tendencia macropolítica o económica, la historia nunca tiene un punto final. Por lo menos hasta hoy. Y creo que, mientras tenemos subjetividad, tenemos la posibilidad de emerger como sujetos, sea sujeto del contexto, del trabajo que tenemos, sea sujetos sociales de la historia, hay posibilidades de transformación sociales, que yo creo que siempre valen la pena luchar, por las cuales vale la pena luchar y vale la pena seguir trabajando. Estamos en un contexto, con creciente automatización de la producción, incapacidad de absorber porciones de la población en el mercado laboral, pérdidas radicales de derechos laborales en los sectores públicos y privados. En Brasil tenemos, por ejemplo, una subcontratación, eso que acá se llama tercerización, ¿no?, donde, al revés de servidores públicos, se empiezan a contratar empresas que tienen empleados que van a trabajar en los servicios. Tenemos los desafíos de la tecnología digital, las redes sociales, sus burbujas de comunicación, la aparición de gobiernos autoritarios de carácter neofascistas, tenemos difusión de discursos y políticas sexistas, racistas, homofóbicas, por no decirte de una cultura extrema del individualismo, de una lógica del desempeño, la competitividad. Y de alguna manera muchas perspectivas, y eso se intensificó, después de la pandemia -eso no genera directamente pero participa de un cuadro que se intensifica- la incidencia de diferentes expresiones de sufrimiento, ansiedad depresión, autolesión, intento suicida, suicidios.

Acá en Brasil, vimos cómo el gobierno de Bolsonaro representó el deterioro de las condiciones de salud, salud mental, de la población en general, una política de contrarreforma psiquiátrica muy intencional, con retrocesos muy fuertes, y un gobierno actual, que también tiene muchas fragilidades para hacer avanzar muchas de sus políticas, por una fragilidad en el Congreso, una desconexión con los movimientos sociales. Esto es otro tema en el que no voy a entrar ahora. Pero obviamente todo esto genera un cuadro muy complicado en el campo de la salud mental, precisamente porque, decía, la salud mental no está aislada de nada de eso. Y es un error, en mi modo de entender, pensar la

salud mental de manera limitada a su circunscripción: el campo de la política, las prácticas en salud mental son expresión de una sociedad que funciona como sistema y podemos pensar, Camila, y esa es tu pregunta: ¿vale la pena, entonces pensar en esta vía participativa dialógica de emergencia de sujetos en una sociedad que nos lleva, quizá a lo opuesto? Yo creo que sí, yo creo que sí vale la pena. Yo creo que las reformas psiquiátricas, con sus alcances y limitaciones, son buenos ejemplos de que se puede hacer algo diferente a lo que históricamente estaba configurado. Todas tienen sus debilidades, sus fragilidades, su momento histórico, pero precisamente este movimiento histórico nos enseña que la historia no es un punto final. Participamos de ella activamente también y podemos participar como sujetos, como sujetos creadores, sea en un nivel macro, o con pocas personas o grupos sociales.

Y en eso yo vuelvo a Eduardo Vasconcelos, que nos habla mucho de que, en este momento histórico, político que vivimos, es preciso ir con sabiduría y paciencia histórica. Y que muchas veces, yo creo que la lucha, la pelea, las manifestaciones son fundamentales, pero también ir a la micropolítica, en la dimensión más limitada de un trabajo en una clase, en un trabajo, en un servicio específico con una comunidad, bajo otros principios, con otra orientación. Eso puede tener implicaciones imprevisibles a lo largo de un proceso histórico, y donde vemos que también, las mejores experiencias nacionales, de reformas amplias, partieron de experimentos, de personas, de nuevas ideas. Entonces me parece fundamental que nos pongamos en el lugar de agentes y sujetos frente a los espacios sociales normativos actuales que tenemos. Entonces me parece sí es una utopía, me parece una utopía posible, no es una utopía necesariamente de un mundo idealizado en el que no va a haber contradicciones. Las contradicciones siempre están. Pero quizá es un llamado a una perspectiva que se va pensando, repensando, en las formas de desafiar y generar alternativas a los estados actuales de cristalización y de normatización e institucionalización.

Bibliografia

1. Amarante, P. (Org.). (2021). Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zago-doni Editora.
2. Basaglia, F. (Org.). (1985). *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
3. Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental Y Comunidad*, (3), 29–40. <https://doi.org/10.18294/smyc.2013.4992>
4. Foucault, M. (1961/2009). *History of madness*. London: Routledge.
5. Galende, E. (2013). Editorial. *Salud Mental y Comunidad*. 3(3), 7-15.
6. González Rey F. L. (2017). The topic of subjectivity in psychology: Contradictions, paths and new alternatives. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47, 502–521.
7. Goulart, D. M. (2015). Clínica, subjetividade e educação: uma integração teórica alternativa para forjar uma ética do sujeito no campo da saúde mental. *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*, 59-83.
8. Goulart D. M. (2019a). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: da patologização à ética do sujeito*. São Paulo: Cortez.
9. Goulart D. M. (2019b). *Subjectivity and critical mental health: Lessons from Brazil*. London: Routledge.
10. Goulart, D. M. (2024). Saúde mental, práticas profissionais e pesquisas em diferentes contextos: Reflexões a partir da Teoria da Subjetividade. In: Mitjáns Martínez, A., Tacca, M. C. R., Rossato, M. & Puentes, R. V. (Eds.). *Teoria da Subjetividade e Epistemologia Qualitativa: práticas profissionais e pesquisas*. Campinas: Alinea, p. 221-237.
11. Goulart, D. M. & Alcântara, R. (2016). Educação escolar e subjetividade: desafios contemporâneos. *Global South*.

12. Goulart, D. M., & González Rey, F. (2019). Studying subjectivity in mental health services: education, subjective development and the ethics of the subject. *Subjectivity within cultural-historical approach: theory, methodology and research*, 259-273.
13. Goulart D. M., González Rey, F. (2023). *Subjetividade, sujeito e vida: diálogos com Fernando González Rey*. Campinas: Alínea.
14. Goulart, D. M., González Rey, F., & Torres, J. F. P. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: una experiencia en Brasilia. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 19(3), 1-21.
15. González Rey F., Mitjáns Martínez A. (2021). *Subjetividad: epistemología, teoría y método*. Campinas: Alínea.
16. González Rey, F., Goulart, D. M., & dos Santos Bezerra, M. (2016). Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. *Educação*, 54-56.
17. Jaspers, K. (1913/2003). *Psicopatologia geral*. Atheneu.
18. Szaz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118.
19. Stastny, P., Lovell, A. M., Hannah, J., Goulart, D., Vasquez, A., O'callaghan, S., & Pūras, D. (2020). Crisis response as a human rights flashpoint: Critical elements of community support for individuals experiencing significant emotional distress. *Health and Human Rights*, 22(1), 105.
20. Vasconcelos, E. M. V. (2023). *Curso de formação em saúde mental e luta antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.

Entrevista a Marcelo Marcucci ^{*MM}

(Argentina)

Entrevistadoras:

VH Victoria Stephani Hurtado Mina
PC Paula Andrea de la Cruz Ponce

VH|PC *Para comenzar, ¿cuál es tu formación académica en pregrado y posgrado? ¿Cuáles son tus principales temas de investigación?*

MM Mi formación es un poco extraña, sobre todo al comienzo, porque empecé estudiando farmacia, pero en el segundo año estaba decidiendo alejarme de la carrera y después de decidir abandonarla comencé a estudiar psicología. La Facultad de Psicología de Rosario en ese momento era Escuela de Psicología y pertenecía a la Facultad de Humanidades y Artes de Rosario. Cuando ingreso al cuarto año de la carrera, ya había hecho el tercero, toma el estatuto de escuela a facultad, así que se traslada de edificio porque en el traspaso de escuela a facultad, legalmente le correspondía más dinero, partidas más importantes y en ese momento se estaba construyendo la ciudad universitaria y la carrera de arquitectura deja su edificio para pasar a un edificio

mucho más moderno. Ese edificio que queda desocupado se lo dan a la facultad de psicología. Les cuento esto porque también va a ir marcando como se pensó la psicología en Rosario.

VH|PC *Siguiendo un poco con la presentación, quisiéramos preguntarte justamente por tu trayectoria, es decir, cuando ya empiezas la carrera de psicología ¿con qué tipo de población trabajaste y bajo qué objetivos enfocaste tu carrera?*

MM Hay un cierto paralelismo entre la historia de la carrera de psicología con mi historia personal, en relación con lo que fue la práctica y mi formación. Yo recién les decía que la facultad pasa de ser escuela a facultad y no le dan un edificio nuevo, le dan un edificio que abandona otra carrera, la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Planeamiento y eso también habla del lugar que ocupaba la psicología en ese momento en una carrera universitaria.

Paralelamente a esto, a los psicólogos de los hospitales, hablo de hospitales porque en ese momento solo había psicólogos en los hospitales, se les daba lugares que tenían que ver con la marginalidad, por ejemplo, en uno de los hospitales más importantes de Rosario. Rosario se debate entre la segunda y tercera ciudad en importancia de la Argentina. Es una ciudad portuaria, agrícola, ganadera. Por ejemplo: el primer quintal de soja que marca el ritmo del precio nacional e internacional se vende en Rosario. Cuando se abre la bolsa de comercio en Rosario, se abre la campaña de venta de granos; lo que diga Rosario es lo que va a ir marcando a nivel nacional, internacional, el precio; es decir que es una ciudad muy importante, al menos económicamente es muy fuerte.

El Hospital Provincial de Rosario es un hospital escuela, es un edificio inmenso y tiene su parte provincial y su parte nacional por la facultad. Los primeros psicólogos que empezaron a trabajar en el Hospital Centenario trabajaban al lado de la morgue. No era cualquier lugar, más allá que quedara al lado de la morgue había que bajar al subsuelo. Era un hospital que parecía una

ciudad, oscura, húmeda, abandonada. Ese era el lugar que se le daba al psicólogo. Muchas veces el psicólogo llegaba al cuartito que le daban como consultorio y no estaba la llave, tenían que caminar como 3 o 4 cuadras dentro del hospital para ir a buscar la llave a la portería y a lo mejor el portero decía: “no tenemos esa llave,” y entonces ese día no se trabajaba. Y realmente que uno pueda trabajar o no pueda trabajar es súper importante pero mucho más importante es el que no se pueda asistir a un paciente. Los psicólogos empezaron a atender en los bancos del hospital, los psicólogos empezaron a armar artesanalmente una práctica por fuera del consultorio. Rosario tiene una tradición psicoanalítica muy fuerte; durante muchos años si no se trabajaba en consultorio no se podía trabajar, si no se tenía el lugar no se podía trabajar. Estas imposibilidades fueron surgiendo a medida que fue creciendo la profesión a nivel institucional hospitalario, se empezó a pensar una práctica distinta, una práctica sin diván, una práctica sin el diván y sin el gomero. El gomero acá es una planta de interiores y tradicionalmente los psicólogos o psicoanalistas tenían el escritorio, dos sillas, el cuadro de Freud, el diván y el gomero. Eso era lo mínimo para empezar a trabajar, entonces teniendo todo eso uno empezaba a trabajar.

Se empieza a intentar armar algo institucional hospitalario, se empieza a romper, había que empezar a repensarlo y la única posibilidad que se tenía era empezar a pensar otro estilo de práctica, lo cual tenía que ver mucho con lo artesanal, cuando digo artesanal lo digo en el sentido más freudiano del término. Freud en un momento dice que el psicoanálisis es un instrumento que cada uno va a tener que adaptar y ahí Freud abre la puerta a adaptar toda una teoría a las necesidades y posibilidades de cada uno y eso me parece que fue un puntapié muy importante.

Ahora en lo personal, en mi traspaso yo estudié un año cine, dos años farmacia y luego psicología. Cuando estoy estudiando farmacia, estudié con un grupo de compañeros y amigos que todos estudiaban psicología, yo era el único que estudiaba

farmacia, cuando a las 10 de la noche dejaba de estudiar con ellos yo los escuchaba discutir sobre el caso Dora, los casos freudianos clásicos y esos apuntes que estaban discutiendo, yo me los llevaba a mi casa a leer y no me daba cuenta cómo me seducía el psicoanálisis. Había empezado a hacer terapia y eso desembocó en que tomara la decisión de estudiar psicología.

Como el tratamiento que yo hacía era psicoanalítico, para mí era y es lo más grande que hay en el mundo hablando profesionalmente. Desde que ingresé a la facultad sabía que quería hacer psicoanálisis. La facultad de psicología es la facultad, o al menos en ese momento, era la facultad más psicoanalítica del país. Estaba la Facultad de Buenos Aires (UBA) y ellos ofrecían en su propuesta de formación no sólo el psicoanálisis, es decir, era fuertemente psicoanalítica pero también había otras terapias alternativas, no sé si otras alternativas como se las piensa hoy, pero había otras teorías que ponían a disposición de la formación en la profesión En Rosario no. Rosario era fuertemente psicoanalítica. En mi época teníamos psicología laboral y se pensaba desde el psicoanálisis; en psicología social teníamos un intelectual muy importante que eran Pichón Riviere que introduce todo lo que es la psicología de grupos y ahí ofrecía cierta resistencia al psicoanálisis, pero se dedicaban los docentes a criticar al psicoanálisis y no dar realmente la psicología social; en vez de dedicarse fuertemente a dar lo que en ese momento se entendía por psicología social, lo que hacían era criticar al psicoanálisis, lo que producía más adhesión al psicoanálisis porque en el único espacio en dónde se podría pensar que no había psicoanálisis, se hablaba otra vez del psicoanálisis. En psicología educativa pasaba exactamente lo mismo y tenía un carácter muy marcado de psicoanálisis y después la psicología clínica que obviamente era puro psicoanálisis

Como yo empecé a estudiar en la época de los militares, en la dictadura, había muchos textos que estaban prohibidos. Entonces ¿qué pasaba? Los titulares de cátedra y los adjuntos de cátedra formaban grupos de estudio, y más allá de las fuerzas

de poder que se generaban ahí, porque si yo hacía un grupo de estudio con un titular de cátedra, se podrán imaginar que la aprobaba por un tubo ¿se entiende? Para ir también pensando el tejido de este poder. Cuando me recibo, los psicólogos en las instituciones públicas empiezan a tomar cierta jerarquización; empiezan a pensarse el lugar de los psicólogos dentro de las instituciones públicas, que eso también es una mala palabra por decirlo así porque pensar un psicólogo, encima psicoanalista, dentro de una institución pública...te miraban de reojo, sobre todo los que se autodefinen de alguna manera, psicoanalistas puros.

A todo esto, la salud en Argentina está dividida muy fuertemente: si bien hay salud nacional, como les decía del hospital Centenario que es un hospital escuela, tiene una parte de escuela y de formación académica y la otra parte de asistencia al público, también empieza a tomar mucha relevancia la salud pública municipal. La salud pública municipal estuvo durante muchos años, por lo menos 24 años, gobernada por el socialismo. El socialismo rosarino tuvo la virtud, por decirlo de alguna manera, de que todos los problemas sociales los pensaba desde la salud pública; entonces la salud pública municipal siempre se caracterizó por una salud con mucho compromiso social

Acá en la ciudad, en los barrios, no tenían cloacas, entonces el gobierno municipal empezó junto con el provincial a hacer cloacas para llevar agua potable y eso fue mejorando la calidad de la salud al punto de tener un hospital de emergencia que se llama Clemente Álvarez, que tiene fama mundial por la calidad de atención. Nosotros hasta el gobierno anterior, tanto provincial como municipal, el paciente que se atendía en nuestros efectores de salud se iba con toda la medicación. Santa Fe fabrica medicación y gana concursos internacionales cuando se presentan las compras, por ejemplo, de suero. Digo esto para que puedan dimensionar la calidad que hubo en salud hasta algún momento, cosa que en este último gobierno ha empezado a decaer. Nosotros tenemos un libertario como presidente que

dice que llegó a destruir el Estado desde adentro, no desde afuera, como era tradición, así que imagínense que todo lo que tenga que ver con lo estatal, todo lo que tenga que ver con lo público, con lo social, si no lo puede cerrar, lo desfinancia.

Esto en la municipalidad, a mediados de los años 80´ empiezan a ingresar profesionales, empiezan a abrirse centros de salud desde la municipalidad, empiezan a abrirse centros de salud, empieza a haber psicólogos y trabajadores sociales, se empieza a profesionalizar la enfermería, la municipalidad comienza a generar y a crear y apoyar la escuela de enfermería que era provincial, después se abre la carrera de enfermería universitaria, siempre apostando a más, siempre mejorando la formación y apuntando a la profesionalización de todos los agentes de salud. Para el municipio, sobre todo en los años 80´, ellos postulaban que la salud no es una dádiva del Estado, sino que es un derecho. Se pensó siempre la salud como derecho en esos 24 años.

Ustedes se preguntarán ¿qué pasaba en la provincia con la salud en esta época? Y ¿qué sucedía antes? Bien, lo que sucedía en la provincia era que los titulares de las cátedras de medicina trabajaban en los hospitales, la enfermera/o era un asistente secundario del médico, el enfermero era una persona sometida al saber médico, no podía opinar y si opinaba no se tenía en cuenta lo que decía; sobre todo en la provincia la gente que tenía problemas con las autoridades del hospital, como sanción por un hecho o por una rivalidad narcisista o por un hecho laboral, se los sancionaba sacándolos del hospital y mandándolos a un centro de salud de un barrio. Imagínese el doctor con cierto renombre, que trabajaba en el hospital, ir a trabajar a un barrio, era mucho. Entonces ¿qué sucedía? El médico iba, el centro de salud abría a las 7am, el médico iba a las 9 am ya las 11 estaba en su consultorio privado. En esas dos horas con suerte, llegaba, desayunaba, hablaba con sus compañeros, se enojaba con los pacientes porque no cumplían los horarios y se iba. ¿Qué quiero decir con esto? Esto generaba una calidad asistencial paupérrima, pésima y ¿qué generaba? El malestar que suele generar

en la población estas conductas del empleado público. Que no atienden, que son unos vagos, que no trabajan. Todo un discurso que alimenta el discurso de la derecha.

Cuando todo esto se empieza a profesionalizar, cuando se empieza a poner otra mirada, cuando se empieza a plantear un proyecto de salud integral donde la puerta principal de entrada al sistema de salud son los centros de salud, el primer nivel de atención, todo esto cambia. Los agentes de salud, cuando digo agentes de salud digo desde el recepcionista hasta el jefe del centro de salud, tienen una responsabilidad en la salud, tienen acercamiento a la población, a la población se la conoce por nombre y apellido o si no se la conoce por el nombre sabemos que esta chica es la hija de Juanita y Juanita es diabética, entonces tenemos que ver si esta chica no es diabética, si tantas veces que se enferma, que consulta al médico no es por una enfermedad que aparezca en algún miembro de la familia y no solamente un dolor de cabeza, ¿se entiende? Se empieza a pensar la salud de otra manera, no solamente se jerarquiza la calidad de atención, sino que también se le da otra jerarquía a la población. Se empieza a hablar de población a cargo, se empieza a hablar de responsabilidad en relación con la población., Cuando uno se acerca al vecino y le pregunta ¿qué te pasa que te enfermas tanto en invierno? Y te dice no tenemos cortinas en las ventanas, bueno, hay que empezar a pensar de qué manera, no que no entre frío, pero al menos la menor cantidad de frío posible en invierno. Se va armando otra forma de trabajo

VH|PC

Con lo que has dicho quisiera hacer varias preguntas. Una de ellas tiene que ver con ubicarte en el marco de todo este recorrido histórico que nos has hecho, de cómo se ha entendido la salud en Rosario; es decir, en toda esta historicidad nos comentabas que ingresaste a la Facultad de Psicología por el tema de las conversaciones que escuchabas y te parecían interesantes y también la militancia política pudo ser influencia, entonces quisiera profundizar sobre tu trayectoria en relación con todo este aspecto macro. ¿Qué lugar fuiste ocupando?

MM

Mi preocupación o mi idea con relación a la salud desde el primer momento es que siempre la salud tiene que ser pública, la salud no puede ser privada, para mí es una locura que la salud sea privada. Para mí la salud tiene que ser pública y como estudiante mi esfuerzo era poder pensar desde el psicoanálisis la cuestión social. Vuelvo a esta idea de Freud, adaptar la herramienta a las manos del artesano. El artesano sobre todo necesita crear sus herramientas, el marco teórico te lo da el psicoanálisis. Esta idea, que no era mía obviamente, la compartimos con compañeros y con esos compañeros intentábamos cursar con profesores que ideológicamente consideraban este punto, donde pensaban la salud como que tenía que ser pública o con esta concepción al menos de que la salud tiene que ser pública y que el psicólogo dentro de la salud pública cumple una función no sé si importante, pero cumple una función. No quiero decir importante porque uno jerarquiza en detrimento del otro.

La salud tiene que ser integral, si no, no es salud, si no vamos y atacamos un síntoma, bueno, más si lo pensamos desde el psicoanálisis; a nosotros el síntoma nos está indicando algo, nos habla, nos hace operar, nos hace intervenir a contrapelo del médico hegemónico que es a acallar el síntoma, entonces ahí se empieza con esa posición frente a lo que vos pensás que podrías estar equivocado porque nosotros éramos los alumnos. Pero como pacientes acordábamos que era lo más cercano a la salud, coincidimos en que tenía que ser pública, ideológicamente coincidíamos que tenía que ser pública, políticamente coincidíamos en que tenía que ser pública, entonces nuestra formación no podía ir a contrapelo o al menos no debería ir a contrapelo de esa ideología porque si no son dos mundos paralelos que a mí pensar no llevan a ningún lado

VH|PC

¿Y en ese punto particular en el que mencionas que la salud tiene que ser pública, consideras que la personas que trabajan en este escenario tienen la formación, disposición y la mayoría coincide en que esto es central o no tanto?

MM

Yo dije que más o menos 24 o 28 años el partido socialista lideró en Rosario, estoy diciendo que son muchísimos años de trabajo. Yo soy empleado provincial, me voy a centrar en lo municipal porque esto después se volcó a la provincia, pero fue de mayor trayectoria en el municipio. Esto y me gustó algo que dijiste sobre la predisposición, porque muchas veces trabajar en salud no tiene que ver con lo ideológico porque la gente no tiene por qué saber ideológicamente que la salud tiene que ser pública, y tiene que tener toda una concepción o una militancia, pero sí tiene que haber predisposición a cambiar lo que uno considera que está mal y eso ya en salud es mucho, porque al poder pensar que la salud es un derecho y que debe ser integral, indefectiblemente esas dos concepciones llevan a un trabajo en equipo donde se discuten las situaciones, obviamente no se discuten todas las situaciones, se van discutiendo las que tienen mayores dificultades o problemas, mayores posibilidades de abordaje, por ejemplo, la situación de un grupo familiar. Entonces ya trabajar en equipo y estar predispuesto a que las cosas funcionen, eso es primordial; sin eso no vamos a ningún lado, porque si yo me quedo con mi saber de la psicología o del psicoanálisis o me quedo con el saber médico o me quedo con el saber del trabajador social, no realizo un trabajo integral.

En un equipo de salud puede ser el administrativo que recibe un pedido de asistencia o puede ser otro compañero de trabajo, profesional o no, que empiecen a abordar una situación con esa predisposición. Esa predisposición ya habla de que la palabra va a circular, ¿que quiero decir con que la palabra va a circular? Que si los vecinos de al lado del centro de salud tienen mucha confianza con la administrativa, porque se juntan a chismear, a lo mejor esa vecina en algún momento le cuenta que está mal con el hijo porque el hijo comenzó a consumir sustancias. Ahí ya tenemos un elemento como para empezar a pensar algunas cuestiones, no porque nosotros nos vamos a meter en la vida de la familia y decirle: deja de drogarte porque es malo, te va a pasar esto o lo otro, nada de eso, pero ya tener

un dato, tener un referente del centro de salud que esté al tanto de lo que está pasando en esa familia, no para chismear sino para tener en cuenta esta situación a la hora de una intervención. Entonces ya el equipo del centro de salud está notificado de que en esa familia sucede x cosa o x situación.

Poder armar el “chisme” sirve para armar una estrategia de trabajo, no para salir a divulgar por el barrio que la chica de al lado está embarazada del primo, que el primo acaba de casarse con la chica de la otra cuadra. A nosotros eso no nos interesa, pero si nos interesa que esa chica quedó embarazada y hay que ver si esta chica quiere tenerlo, quiere continuar con ese embarazo y si quiere continuar la tenemos que acompañar y si no quiere continuar también la tenemos que acompañar. Entonces el agente de salud es muy importante, no importa quien sea, si es el médico, el administrativo, el trabajador social o la persona de limpieza del centro. Tenemos que pelear por eso, para que los agentes de salud podamos empezar a relacionarnos con la población. Esto tampoco te lo enseña la facultad, recién ahora en algunas cátedras o formación de posgrado. Hace muy pocos años, algunas cátedras empezaron a tener una mirada social. Antes de tener una mirada social en la Facultad de Psicología no era bien visto, porque se apostaba a lo que les decían el diván, el escritorio, la foto de Freud y el gomero. Terapia individual. La terapia individual, siempre se pensó, que para mí sigue siendo un error, porque en la actualidad hay gente que lo piensa, que la terapia social o la terapia individual depende de que si ves a un paciente o a un grupo de pacientes. ¿Se entiende? Eso no es así. Eso no es así. En la terapia individual también aparece lo social. También está teñido de lo social. Que aparecerá de distinta manera, muy posiblemente. Que aparecerá más solapado, muy posiblemente. Pero está lo social en juego. Entonces, no puede pasar por ahí la diferencia, las intervenciones. ¿Por qué vas a la casa de un vecino y no vas a la casa del paciente particular? ¿Por qué no? Sobre todo si la clínica lo está demandando, si la clínica lo está pidiendo. Entonces pensar la clínica como un acto social, como un hecho político, también nos ubica de otra

manera y eso tampoco está en la formación, en la formación académica. En la facultad no se habla de que la clínica es política. No digo partidaria, no digo política partidaria, digo política. Hay una política en salud. Si hay una política, hay una ética. Y más o menos contesté, porque yo me voy mucho por las ramas.

VH|PC *Quisiera, con lo que has mencionado, hacer dos preguntas también. Por un lado, hemos hablado de varios aspectos y quisiera conocer tu perspectiva en cuanto a cómo esos aspectos operan en el tema de la salud mental de una población. Hablemos de lo económico por ejemplo, y tiene que ver con lo que nos comentabas de la reducción del presupuesto a todo este tema de la atención. El político, el aspecto político, que también tiene que ver con esta perspectiva y un poco no tener esa predisposición de entender la salud como lo público, lo integral. Por otro lado, el aspecto cultural, que está relacionado con lo que nos mencionas sobre estas tradiciones y demás. Todo esto, ¿cómo crees que opera en la salud mental de la población en este momento? ¿Cómo está operando en términos de qué puede significar también para la disciplina que se entienda así y esto cómo se refleja en la población? Y la otra pregunta, con lo interdisciplinario. En toda esta definición de salud mental y en cómo debe entenderse, ¿qué lugar ocuparía el trabajo interdisciplinario según tu perspectiva?*

MM Bueno, veremos cómo contestar a todo esto. Primero, cuando te escuchaba formular las preguntas pensaba en la actualidad de este gobierno que tenemos, que obviamente nos está atravesando a todos un gobierno donde, en vez de mejorar lo que está mal, decide censurarnos, decide sacarnos, decide cerrarnos. Es como si vos decís, qué sé yo, la canilla de la cocina de tu casa tiene gotera o pierde agua y en vez de arreglar la gotera o la pérdida de agua, clausuras la cocina. Eso se está haciendo hoy en la Argentina. A grandes rasgos, obviamente. En algunos sectores con mayor profundidad y en otros sectores con menor profundidad. El efecto que yo veo que esto tiene en la población, la población votó a este presidente por amplia mayoría y creo que

si hoy van a elecciones, volverá a ganar, no sé si por igual o más diferencia de votos. Esto no quiere decir que no tenga efectos en la población. Efectos negativos. Cuando digo efectos, estoy hablando de efectos negativos. Que la población, por ahí, mucho, mucho, no lo percibe como algo que le va a aparejar problemas. ¿Qué les quiero decir con esto? Por ejemplo, hay mucha gente, mucha gente que cree que cerrar determinadas instituciones y políticas, que la población vaya perdiendo derechos, como por ejemplo el derecho a la salud, frente a esto dicen y bueno, está bien, porque yo iba al hospital y no me atendían. Si lo echaron a fulano de tal, si no dan más los medicamentos, si no operan más como operaban antes, bueno, estamos mal, pero esto es un sacrificio que tenemos que hacer porque dentro de un tiempo vamos a estar mejor.

Este plan político, nosotros ya lo vivimos, no es nuevo, no es que vos decís, hay es algo nuevo, vamos a ver qué pasa. No, esto ya lo vivimos, sabemos cómo termina esto. Ya empezamos a tener los efectos. Todos los días, todos los días, cierran no menos de tres o cuatro empresas donde echan 150, 140, 200 empleados, que no son solamente empleados que echan. Si lo multiplicamos por lo que en la Argentina se considera una familia tipo, que es cuatro personas, cuatro integrantes, hay que multiplicar eso por cuatro mínimo, porque esa es la familia nuclear, pero después están los padres, están los tíos, están los primos que también se ven afectados porque tienen un ser querido sin trabajo. ¿Sí? Entonces, en este momento que mucha gente dice esto, yo también lo digo, esto es inentendible. Todos los días nos sacan un derecho y nadie dice nada. Todos nos quejamos, llamamos a la radio, decimos: qué mal que estábamos, ¿en qué va a terminar esto? Pero socialmente no se arma nada. Socialmente, por el momento, no se arma nada. La oposición está totalmente, políticamente hablando, está totalmente desorientada. Entonces, todo pierde consistencia. La gente te mira, está como resignada, ¿sí? Y esto va produciendo estragos en la salud. La gente hoy no se siente acompañada por los efectores de salud. No se siente

acompañada, se siente quizás escuchada, se siente comprendida. Ustedes dirán, bueno, no es poco. sí, pero no alcanza, a lo mejor alcanza hoy, alcanza mañana, pero ya pasado no va a alcanzar. No se le puede dar respuesta, no es porque el centro de salud tenga que tener respuesta. puede no tenerla, pero sí puede estar acompañando. Puede no resolver una situación familiar, pero puede estar colaborando. Lo trágico de todo esto, es que los centros de salud, al menos acá en Argentina, son la única institución pública que está abierta. Los hospitales, 24 horas. Los centros de salud, más o menos entre 10 y 12 horas diarias. De lunes a viernes. Es la institución pública que más presencia tiene en el territorio. Las escuelas en Argentina están cerradas mínimo dos meses al año. En el centro de salud, las puertas están abiertas. En las escuelas, tenés que tocar el timbre para entrar y si no sos miembro de la comunidad educativa, no entras en la institución. ¿Se entiende? La presencia y la importancia de una institución de salud en el territorio, donde la gente está empezando a no ir, a no referenciarse, cuando venía referenciándose. Esto es muy trágico. Esto es muy tremendo. Que la gente se olvide, no crea que tiene una institución a 3, 4, 5, 10 cuadras de su casa, donde alguien lo va a escuchar. Donde alguien le va a hacer un lugar. Se está perdiendo eso. La gente está perdiendo eso y nosotros también estamos perdiendo. Nosotros estamos perdiendo el contacto con la gente. Estamos perdiendo el contacto con la gente porque la gente no solamente no viene, sino que nosotros tampoco salimos, porque no tenemos que ofrecerles, no tenemos mucho para ofrecerles porque nos quedamos sin recursos y la salud no es solamente recursos. No es solamente ofrecer una medicación, ofrecerle una asistencia, es poder estar en contacto, charlar, qué pasa, qué no pasa.

Nosotros, en los centros de salud, antes nos reuníamos con la gente que era responsable de aguas, que era responsable de luz, que era responsable de cloacas, que era responsable de la iluminación del barrio, que era responsable de plantar árboles. Nos reuníamos una vez al mes y decíamos: acá se está necesitando

esto, acá se está necesitando lo otro. En este campito estamos necesitando unos arcos y unas mesas para que los padres puedan armar un picnic, los chicos jugar al fútbol. Ustedes dirán: es una pelotudez, pero esto hablaba de un barrio, hablaba del lazo entre los pacientes, entre los vecinos. Se está perdiendo el lazo entre los vecinos porque yo tengo trabajo y vos no tenés trabajo, porque mis hijos no pueden ir más a la escuela y tus hijos sí, y eso avergüenza. No tener... no tener la posibilidad de mandar un hijo a la escuela, no tener la posibilidad de que tu hijo, antes de ir a la escuela, tenga un pedazo de pan. Eso avergüenza. Mira los efectos que estoy hablando, la vergüenza. ¿A cuánto estamos de la depresión? De la tristeza, de la melancolía. Entonces, creo que hay una melancolización en la sociedad. La gente no protesta, la gente le dice no y agacha la cabeza y se va. Cuando viene alguien al centro de salud y viene enojado, viene sacado por el motivo que sea, no nos está maltratando, no me está maltratando a mí, a Marcelo, está diciendo otra cosa.

Bueno, esa otra cosa no está, hoy no está, y ustedes sabrán qué es lo que sucede cuando uno, no puede expresar lo que siente, cuando uno no tiene ni noción de lo que está sintiendo, de lo que le está pasando, todavía no lo advierte, todavía una situación problemática no se le presenta como tal. Hay cosas que a mí me asombran cómo se han naturalizado. Ir a un centro de salud donde no puede recibir asistencia, ir a una escuela donde no recibe educación y nadie dice nada, ¿qué efecto va a tener eso? ¿Qué efecto está teniendo eso hoy? ¿Cómo lo político arrasa la subjetividad? Yo me animaría a decir, y esto corre por mi cuenta, un gesto político basta para arrasar la subjetividad. Un gesto político. Ahora, después para rearmar eso, no es con otro gesto, rearmar a toda una población, empezar a rearmar a la población lleva años, chicos, lleva años. Lo que se destruye socialmente de un segundo para otro con la derogación de una ley, con quitarles derechos a alguien, eso es altamente destructivo y se expande. Si yo te saco a vos un derecho, no te estoy haciendo eso a vos sola, a vos y a la gente que está con vos; estoy afectando de una

manera u otra, en mayor o menor nivel. Ahora, con restituirte el derecho no basta, porque también hay que restituir la subjetividad, que vos ahora podás volver a enlazarte con esas cosas que te da ese derecho. ¿Se entiende? Y eso no es de un día para el otro. La destrucción, chicos, es lo más fácil, es lo más fácil en el sentido de la rapidez, romper algo, destruir algo, chicos, es cuestión de segundos. Ahora, rearmarse y que tenga un valor para la población, eso lleva años, eso lleva años.

VH|PC *A propósito de eso, quisiera preguntarte justamente qué sería lo que habría que hacer y también, digamos, yo estoy de acuerdo, pero si nos pusiéramos a pensar en eso hoy en día, ¿cuáles serían las respuestas?*

MM No, no sé cuáles serían las respuestas. Lo que yo sí creo es que... yo seguiría apostando a lo social, a lo grupal, a lo colectivo. Eso, a mí, a lo mejor estoy dando, entre comillas, estoy dando una receta vieja, pero no sé si existe otra cosa, yo desconozco y no solamente desconozco, sino que lo que se suele ofrecer por fuera de lo colectivo, lo que se suele ofrecer por fuera de lo social, lo que se suele ofrecer por fuera de lo comunitario, no creo en el uno por uno ahí en ese punto. El uno por uno tiene que ver mucho con la cuestión psicoanalítica. El uno por uno sirve en la especificidad, cuando yo estoy frente a un paciente, digamos, lo que representa para vos, interrumpir un embarazo representa para vos, no, para el otro y para el otro y para todos. ¿Se entiende? Pero tiene que haber un marco colectivo, tiene que haber un marco social, tiene que haber un marco político. Entonces apostaría a eso y no es que yo hoy no apueste a eso, lo que ocurre es que en lo colectivo, hoy, no digo que no se puede hacer nada, digo que es mínimo lo que hoy se puede hacer. Es mínimo.

VH|PC *Entonces podríamos decir que estas políticas y todos estos discursos, digamos, ponen más sobre la mesa el tema del individualismo, el tema del uno a uno, ¿y cómo entonces eso repercute en la salud mental? O sea, ¿cómo crees que eso repercute? No abordar desde lo colectivo, sino desde el individualismo tal como está pasando hoy en día.*

MM Mira, ¿cómo afecta la salud mental? Me parece que, bueno, te lo venía diciendo, me parece, tiene que ver con una cuestión de una respuesta a una persona, no a una población.

Hoy no se habla de población. No es casual, mira, no es casual que después de que Trump haya dicho que se van a retirar de la OMS, que están pensando que Estados Unidos se retire de la OMS, nuestro presidente también dijo exactamente lo mismo. Nuestro presidente dice exactamente lo mismo, que nos vamos a retirar de la OMS. La OMS da un marco de intervención social, que podés o no estar de acuerdo, pero al menos hay algo que vos podés plantear y a partir de ahí empezar a construir. Ahora, si eso desaparece como política, ¿de dónde te agarrás, si tenés una política que no habla de lo social?

Bueno, digamos que vos tenés plata, vamos a suponer, para ir al psicólogo; vos, ¿y el resto? ¿Y el resto? Digo, yendo más a lo específico de la medicina. Bueno, sí, tenés plata para comprarte la vacuna, pero vos sabés que si vos estás vacunada y el conviviente no está vacunado, la vacuna no te sana, tiene que estar la población, un mínimo de porcentaje de la población tiene que estar vacunada. si no, la vacuna no sirve; al contrario, se fortalece el virus, o la bacteria, o lo que sea. Entonces, no sirve, hacemos como qué.

El hacer como qué. Digamos, pensar en que la psicología, en que la salud mental depende del psicólogo, del centro de salud, que en parte sí, en parte, pero pensar que en un centro de salud haya un psicólogo, o haya 120 psicólogos, y que eso vaya a garantizar la salud mental de la población, eso es un concepto totalmente

erróneo porque la población no solamente sufre porque te dejó tu pareja, o porque tu mamá, que de chiquita no te dejaba juntarte con tus amigas entonces vos no ibas a bailar, bueno, y la reputéas a tu vieja. Eso es una parte, ¿y el resto? ¿y los efectos que tiene no acceder a la salud, no acceder a la educación, no acceder a un trabajo, no acceder a una vivienda, no acceder a condiciones mínimas de vida?, ¿a quién se lo dejamos? ¿Eso lo va a ir a hablar con el psicólogo? Sí, lo podés hablar, no digo que no, pero ¿cuál es el efecto que tiene? ¿Qué resolvés? Vos no tenés agua potable en tu casa. Sí, vas al psicólogo, llorás, te angustias, ¿qué vas a ir a comprar? Un caño, desde no sé cuántos kilómetros por donde pasa el caño maestro de agua y te lo vas a llevar a tu casa, ¿no?, y también me parece que hay algo que hay que trabajar mucho, ahora se me ocurre, con la población, sobre todo con la población joven, que es la idea, la complejidad del asunto, pero lo que yo siento es que hay cosas en la historia que retornan.

Lo pensaba a raíz de que yo trabajé muchos años en el hospital psiquiátrico de aquí de Rosario y había una discusión muy fuerte porque cuando, lo voy a decir de esta manera, la locura, en realidad la psicosis, cuando la locura aparecía calma, silenciosa, no aparatosa, a ese paciente no se lo internaba; si ese paciente había dejado de ir a trabajar, no sentía interés por el mundo exterior, por decirlo de alguna manera, para sintetizar, no se lo internaba. No solamente, no porque había que internar, no se lo asistía, no se lo asistía, a lo sumo, según el equipo que le tocaba en la guardia, a lo sumo se daban algunas pautas de urgencia, algunas señales, mire, si usted ve que tiene una risa inmotivada, si mira para atrás creyendo que hay alguien, bueno, vuelva. Y hoy me parece que ese lugar, me parece, no digo que sea así, me parece que está pasando con lo que tenga que ver con la depresión, con la tristeza, bueno lo que decía antes, la melancolía, la melancolización de la vida cotidiana, donde el melancólico, el triste, la persona depresiva o entrando en una depresión, o una de las formas de la depresión, no demanda,

no demanda y hoy socialmente, al no haber muchos recursos, digo no solamente económicos, digo también culturales, parece como que bueno, se queda en su casa, tranquilo, se queda con su esposa, se queda con su hijo, se queda solo, no molesta a nadie. Después nos enteramos que esa persona falleció hace cinco días atrás y nadie se enteró. Ayer justamente, en la provincia de Buenos Aires, un nieto va a visitar a su abuela y la encuentra muerta. Hacía cinco meses que había fallecido la abuela, cinco meses. Digo, uno puede decir bueno, una persona grande, los vecinos no supieron, no olieron tampoco, ustedes saben el olor que hace la descomposición del cuerpo, ¿no? Digo, pero también tiene que haber un antecedente, ¿no? Donde diga, ay no, no salía mucho, no se la veía, no se conectaba, no charlaba. Digo, eso está hablando de un deterioro subjetivo. Una cosa es ser una persona reservada, una cosa es ser una persona de no chismosear, Chismosear y otra cosa es algo que ya está rondando, no sé si lo patológico, pero ya empezamos a entrar en un terreno de cierta complejidad. Una persona que no socializa, yo no voy a decir que ahí hay una psicosis en juego, pero que algo está pasando, algo está pasando, ¿no? Lo que decía antes de la vergüenza, esta persona que se queda sin trabajo, esta persona que cada vez tiene menos para ofrecerle a sus hijos. ¿Qué efecto tiene eso? Uno puede decir: lo que pasa es que no sale para no gastar. Sí, es una verdad, pero como toda verdad es una verdad a medias y si nosotros no cuestionamos, no nos preguntamos en relación a esa verdad a medias, acá se dice meando fuera del tarro, estamos mirando para otro lado, y eso estamos hablando de salud mental, eso estamos hablando de salud mental. Entonces, si la adicción y la violencia doméstica es muy estrafalaria, es muy quilombero, genera...yo siento que el vecino le está pegando a su mujer o que los hijos están cagando a palos a los padres, llama a la policía y la policía viene. Sí, el adicto que está rompiendo todo por una cuestión de abstinencia, que esté insultando a la madre o al padre porque no le dan plata para ir a comprarse la droga o no le dan el televisor para salir a vender, se arma un quilombo que todo el mundo se entera, ¿o

no? Entonces ya sabemos y vemos cómo podemos actuar desde la salud mental, desde los equipos de salud, ¿sí?, pero el que no demanda y el que no habla y el que no dice y el que se queda en su casa encerrado y el que sale de su casa caminando y no habla con nadie porque es muy reservado y se va y vuelve a la tarde, a la nohcecita, ¿qué hace esa persona tan grave? Pero no porque tiene que haber un control social, sino que tiene que haber una pregunta, tiene que haber una mirada y eso no lo estamos atendiendo, no lo estamos atendiendo. El insomnio, por ejemplo. Ah, no, porque mi tía toma esta pastillita para dormir, me dio una tabletita, después le fui a pedir al farmacéutico si me vende una tabletita y como es de venta libre o no necesita, no es de venta libre pero no necesita, se puede vender sin receta, está tomando eso. ¿Y cuál es el efecto de eso a largo plazo o a mediano plazo o a corto plazo? No lo sabemos, no lo sabemos.

Entonces hay cosas que se nos están escapando. Por ver lo que genera más quilombo, ¿no?, lo que hace más ruido, estamos perdiendo lo silencioso. ¿Y ustedes saben cuál es el costo del silencio, de lo silencioso, de lo que no molesta, de lo que no hace ruido, de lo que parece que no existiera? Después nos llevamos grandes sorpresas. No sé si ustedes tienen práctica en instituciones, hay mucha gente que vive en el centro de salud, que le va a sacar el turno a la prima, que le saca el turno a la tía, que le saca el turno al vecino que está solo, que le saca el turno al otro, que le saca... Y un día esa persona no vino más, se desmayó, llamaron a la ambulancia y nos enteramos por el hospital o porque vino algún familiar a contarnos que fulanita de tal, tiene tal enfermedad. Se nos escapó la liebre, pero le veíamos todos los días. Si yo te veo a vos en el centro de salud, con mucha frecuencia, es raro que te pregunte, te puedo preguntar una vez y te dice: vine a sacar un turno para la ginecóloga, para mí. La vez pasada, no, vine para mi nietito, para ver si la pediatra le puede... La cuarta vez que la vi le preguntaba, hola, qué tal, cómo te va, qué tal, que viste qué calor, viste qué frío. Y se te escapó la liebre, se te escapó un problema de una persona

que vino al centro de salud. Imagínense, digo, ahí también hay un silencio. Por más que no parezca que hay un silencio. Ahí es lo que nos preguntamos. Ahí es lo que nos pusimos en juego, ahí es lo que nos olvidamos. El efecto de la naturalización de las cosas. Lo que decía antes, las verdades. Cómo te engañan las verdades. Entonces las verdades, nosotros, como agentes de salud, y sobre todo de salud mental, las verdades las tenemos que tener, tenemos que echar una mirada, tenemos que hacernos preguntas.

VH|PC *¿Cómo definiría usted a la salud mental?*

MM Mira, para mí es muy... nunca me la pude contestar. En un momento cuando era estudiante sí, tenía una respuesta Y después con el paso del tiempo me fui quedando sin esa respuesta. No sé qué es la salud... primero, no me queda claro una de las primeras cuestiones. Una vez que no me quede claro, una de las cuestiones que yo tengo es por qué separamos, es una pregunta que tengo, por qué separamos salud de salud mental. Cuando estuvimos hablando, la parte que estuvimos charlando ahora, de una salud integral. Cuando hablo de una salud integral, hablo de que, tanto en lo público como en lo privado, si viene un paciente, en lo privado, y te plantea determinadas cuestiones, bueno, te podés abstener y no preguntarle, consultó a un médico, pero ¿esto es nuevo o esto es viejo? ¿Esto se le reitera o no se le reitera? Entonces la salud es integral en todos lados. No es solamente en lo público, eso es un engaño, como es un engaño para mí hablar de salud y salud mental. ¿sí? ¿Qué es la salud mental? Realmente yo no tengo respuesta.

Yo no te puedo decir qué es la salud mental, yo lo que te podría decir, en todo caso, ¿qué me parece a mí que se puede hacer para para generar salud mental? ¿Pero qué es la salud mental? No sé. No lo podría decir. A mí lo que me parece que genera salud mental es la posibilidad que la gente tenga la posibilidad de desarrollarse en lo que desea desarrollarse, quiero decir, encaminarse para donde crea que va a estar mejor, que le va a dar más sentido a su vida. Y esto te estoy diciendo desde una

orientación sexual hasta un bienestar físico. Por eso creo que la salud integral ¿de qué sirve tener salud si no tenés trabajo? Usted me puede decir, bueno, sí, pero la vida es lo más importante. Sí, pero no es lo único, la salud no es lo único, es importante, sí es importante; como es importante a lo mejor poder conquistar, tener una familia para el que crea que la familia es el ideal del bienestar, tener un trabajo para el que cree que el trabajo le va a dar la posibilidad de una buena vida y lo que es buena vida lo decidirá cada uno.

Yo puedo intuir o saber qué se puede hacer en relación a la salud mental. Pero, ¿qué es la salud mental? A mí se me complica mucho encontrar una respuesta. La salud mental tiene que ver con hacerle un lugar al otro, con acompañar al otro. Y cuando digo acompañar, digo muchas veces, bueno, abstenerse de las expectativas, de los juicios de uno y posibilitarle al otro que encuentre su lugar, que no es el de uno, uno a lo mejor cree algo totalmente distinto. Digo, a lo mejor yo puedo tener una posición ante la elección sexual, ¿no? Como, bueno, acá otra vez nosotros volvemos a retroceder a discutir cuántos géneros hay. Bueno, ahora hay dos géneros, el hombre y la mujer. Y yo puedo adherirme a esa posición, ¿Por qué no? ¿Por qué no? Ahora, yo puedo decir que yo soy un hombre y por lo que veo ustedes, por los nombres que veo ahí, puedo decir que ustedes son dos mujeres. ¿No? Y algunas de ustedes me pueden decir, no, mira, yo soy una mujer trans. Ah, bueno, sos una mujer trans pero eso lo decís vos y yo puedo no estar de acuerdo, lo que no quiere decir que si vos me decís que sos una mujer trans y antes de transicionar te llamabas Pedrito, yo empecé a llamarte Pedrito. Yo puedo decir que para mí eso no es así pero no despersonalizarte, entonces también ahí hay un concepto de salud mental. ¿Quién soy para decir que vos seguís siendo Pedrito y no sos Paula? ¿Quién soy yo? Entonces es muy difícil, cuando uno habla de acompañar al otro, de acompañar en el amplio sentido, no estar ahí presente como el bolso, como la cartera, como el árbol de la esquina. Estar. Ahora acompañar es muy complicado porque para poder acompañar al otro, digo

al otro que pueden ser los otros, ¿no? El otro pensando como esto que yo decía antes. Bueno, la terapia individual y social y grupal, individual y social no pasa por la cantidad, sino pasa por cómo vos pensás la clínica. Entonces acompañar a alguien no es fácil. No es fácil. Porque lo primero que tenés que hacer es acallar tus prejuicios y por más analizado que vos estés, por más que a vos te haya analizado Freud, Lacan, y no sé quiénes más, ¿sí?, eso no quiere decir que dejaste de tener prejuicio. Eso es mentira. Uno es con sus prejuicios y está bien saber también cuáles son sus prejuicios, entonces eso te va a dar la posibilidad de acompañar al otro.

Entonces, eso, desde esa perspectiva, es complicado. Pero bueno, me parece que por ahí van las cuestiones. También, está buena esta pregunta porque también, al menos como la enfoqué yo, me parece que está bueno que uno, lo bueno es esto, no es lo que yo estoy diciendo, sino lo bueno es esto, que uno pueda acallar, calmar su experiencia frente al otro. Cuando vos venís al centro de salud, no se trata de mí, se trata de vos, lo que a mí me pasa, si a mí me pagan el sueldo, no me pagan el sueldo, si me dejó mi pareja, me pasa a mí, no a vos. Lo que te pasa a vos te está pasando a vos y yo estoy ahí por vos, no por mí y eso no es fácil, eso no es fácil, y eso me parece que, digamos, poder tener presente esto y ponerlo en juego y pensarlo y proponérselo al otro habla de salud.

VH|PC *Creo que también acaba de responder un poco una pregunta que quería hacer a continuación y es un poco cómo se debería plantear quizás la formación en el campo de la salud mental y pensando en esta idea del prejuicio de cómo posicionarnos desde un lugar un poco más desprejuiciado cómo los aspectos éticos y políticos, pues se ven involucrados en medio de todo esto. O sea, como ¿cuál es el papel? o ¿desde qué lugar debería posicionarse el psicólogo a la hora de intentar tener prácticas de salud mental? Y también si usted cree que esto puede ser enseñado, por ejemplo en la academia o en las universidades o es una parte característica de cada persona.*

MM

Mira, no es una cosa o la otra, en esto de que si es una característica de cada persona o la academia. Me parece que justamente es la formación la que te va acompañando digamos a lo largo de la carrera en poder pensar de qué se trata la salud mental. La formación que yo tuve fue buena, ya hablé bastante de eso, no se hablaba de salud mental, se la mencionaba como la salud mental pero qué significaba, en qué consistía, no se hablaba, no existía por ejemplo abordar una situación compleja con enfermería con la farmacéutica; hoy mismo el personal de farmacia es muy reacio si tiene que entregar la medicación psiquiátrica. Es muy reacio a trabajar en equipo, imagínate, si es reacio el psicólogo, imagínate un farmacéutico. Entonces me parece que tiene que ver con la formación, tiene que ver con poder empezar a discutir cuál es el rol del psicólogo, en qué lugar se ubica el psicólogo, porque trabajar sobre todo en lo público no es tener un consultorio como tener una clínica en la que el paciente va, se atiende, y se va a su casa y vos no hablás con el colega o no hablás con el director de la clínica; vos, ante una situación de un paciente, tenés que hablar con el jefe del centro de salud o tenés que hablar con el director del hospital porque puede suceder algo si este paciente viene a la urgencia, si este paciente viene a la guardia, si este paciente viene a retirar medicación dos veces por semana, que yo me tengo que esperar entonces toda esa cuestión nosotros no la tenemos o al menos no la teníamos hoy porque hay un posgrado en salud mental en la facultad pero también es altamente teórica y nuestra carrera no es teórica si, obviamente que es teórica, obviamente que es teórica, pero la teoría está presentada de tal manera o suele estar presentada de tal manera que en vez de ser un instrumento es un obstáculo, se convierte en un obstáculo.

Muchas veces la teoría produce sordera porque la teoría muchas veces es transmitida como el teorema de Pitágoras. Entonces, cuando la teoría es transmitida como una regla de tres simple, si es esto y tiene esto a ver, si tiene este síntoma y la madre le hizo tal cosa, esta es la otra; en ese sentido regla de tres simple.

Entonces esa forma de transmisión hace a mi entender que lo conceptual produzca obstáculos. ¿Por qué?, porque no hay práctica, nosotros tenemos una carrera de psicología de seis años; al menos en mi época hacíamos práctica en quinto y sexto año -en realidad en sexto-, te pasaste cinco años que no está mal, después podemos discutir si son muchos años, pocos años, si es una pérdida de tiempo, si no tendría que ser algo planteado de otra manera en ese sentido, es pérdida de tiempo donde no tenés práctica en cuarto año, aparece algo de la práctica porque leen los casos clínicos de Freud. Yo les comento una cuestión que me parece bastante gráfica cuando como alumno veíamos los casos clínicos de Freud, nosotros nos preguntábamos si esto no era algo que tenía que ver con lo chamánico, lo mágico, ¿por qué?, porque en el recorte clínico el paciente decía tal cosa, Freud intervenía de tal otra, resuelto el problema

VH|PC *Yo había estado pensando un poquito esta idea de la interdisciplinariedad, pensándola un poco en el marco de la educación que nosotros recibimos como profesionales de la salud mental y la pregunta que me surge es ¿usted cree que los programas de formación en SM (Salud Mental), como la psicología, incluyen la suficiente preparación para el campo interdisciplinario? Yo lo hablaba con una colega y justamente llegamos a una conclusión muy interesante y es que este tipo de preparación está muy cerrada a ciertos enfoques, como el social y que en otros es un poco más difícil de ver, pero ¿qué cree usted?*

MM Mirá, a ver, yo qué te puedo decir... en mi formación, la cuestión interdisciplinaria o transdisciplinaria se veía apenas, muy poco, los lugares donde podíamos discutir estas miradas, no estos conceptos, porque el concepto está en los libros, entonces estábamos muy alejados de lo que es la interdisciplina, lo que ocurre es que puede llegar a estar la formación, pero no siempre está la práctica, puede haber el trabajo conceptual, dónde consultar, qué significa interdisciplina, qué significa transdisciplina, qué diferencia, podemos ser doctores si vos querés en esta cuestión conceptual, pero yo creo que no se trata de un concepto, se

trata de una práctica. Entonces, estábamos nosotros, con esto que te digo, estábamos muy lejos de poder pensar una práctica, porque cuando uno va a rendir, o dentro de la academia, uno puede decir, puede desarrollar ideas, sin haber hecho la práctica, sin haber realizado la práctica. Yo cuando les contaba, en la charla anterior, que la materia que yo daba era la introducción a lo que después en quinto y sexto año iba a ser la clínica, que era Estructura Psicológica individual del sujeto III, donde se daban los casos freudianos, con los conceptos, el concepto de castración, el concepto de transferencia, el concepto de Edipo, el concepto de historia familiar, los distintos conceptos, vos podés teorizar, podés discutir, pero cuando vos vas a la práctica vos no le podés decir a un paciente, o mejor dicho, ¿cómo le decís a un paciente que lo que le está pasando es que no quiere saber nada acerca de la castración? Discúlpame, ¿la formación de ustedes es psicoanalítica?

VH|PC *Sí, nuestro enfoque va un poco hacia el análisis psicodinámico.*

MM No, no, yo para poder también ubicarme, porque como mi formación es psicoanalítica, a lo mejor no se alcanza a comprender, o trato de que ustedes me comprendan lo mejor posible. Entonces, el concepto de interdisciplina es un concepto que no es sin la práctica, el concepto, la formación académica en un punto es letra muerta. ¿Qué quiero decir con esto? Cuando Freud plantea la formación del analista, él dice: no es solamente concepto, hay que pasar por el diván también, hay que atravesar, o hay que intentar resolver, o hay que estar pensando la propia castración, la propia castración, hay que poner en juego el narcisismo. Es muy fácil caer en el narcisismo, ¿no? Es lo más fácil, es lo que más a mano tenemos ante la angustia, más allá de que la angustia es la angustia de castración siempre, digamos, ante la zozobra, lo primero que tenemos es recurrir al narcisismo, que nos deja parado en un lugar, entre comillas, de tranquilidad.

Entonces, ¿cómo se transmite, cómo se hace para implementar una forma de trabajo donde esté en juego en lo interdisciplinario? Trabajando. No hay otra, no es que no haya transmisión

posible, pero creo que cuando uno ya está formado o está recibido y se pone a trabajar, tiene que haber alguien que le transmita, que lo reciba en su lugar de trabajo, sobre todo si es el área pública, de poder empezar a pensar la interdisciplina, desde la clínica, desde el trabajo; cuando digo la clínica, no digo solamente la clínica de salud mental o la clínica psicoanalítica, la clínica en el sentido de la práctica de cada agente de salud, qué ve, qué le parece, poder discutir, poder profundizar, todo eso lleva tiempo, ¿sí? Todo eso lleva tiempo. Y es ahí donde yo pienso que la práctica es política, la práctica es política, ¿no? La política, ¿qué es lo que a veces es el juego de la política? Es acallar al adversario, es acallar al que lo cuestiona. Y en la práctica psicoanalítica y en la interdisciplina lo que uno intenta es que la situación, porque no me gusta hablar por ahí de paciente porque parecería que cuando uno habla de paciente es un solo paciente, la situación incluye el contexto social, el contexto histórico, el contexto político y al paciente, ¿sí? Es política la respuesta que uno le da. Y lo interesante es dejarse interrogar, dejarse cuestionar por la práctica, no al revés, nosotros cuestionar a la situación. Nosotros podemos cuestionar a la situación para dar respuesta a eso que trae la persona, el sujeto, el paciente, pero no podemos dejar de descuidar o dejar de pensar que es un posicionamiento y todo posicionamiento es político. Nosotros no queremos que hable de la castración, no, que no hable de la castración, no, que no hable del edipo, no, que no diga esto, no. Es lo que le pasa a la persona, después veremos nosotros cómo vamos pensando y cómo vamos armando y cómo vamos amoldando la herramienta a nuestra mano.

¿Que podemos estar equivocados? Podemos estar equivocados, pero la palabra la tiene el paciente, la tiene la situación. No la tenemos nosotros. Nosotros a lo sumo somos unos meros decodificadores, por decirlo de alguna manera, somos traductores y como buen traductor tenemos que interpretar, tenemos que interpretar, no traducir, interpretar. Por eso es tan difícil la palabra del traductor, el traductor cuando traduce un texto no

traduce palabra por palabra, hay frases que se pueden traducir, pero hay que interpretar en qué sentido está diciendo un chiste. Los chistes son lo más difícil de traducir. ¿Por qué es difícil de traducir? Porque hay juegos de palabras, hay puntuación en una palabra compuesta que para los argentinos nos hacen matar de risa, pero los colombianos dicen ¿qué está diciendo este estúpido? ¿O de qué se ríe el tonto que tengo al lado? Porque el tonto que se ríe que tenemos al lado, entiende, capta lo que está diciendo más allá de lo que está diciendo. Y el que no se ríe no lo capta. Bueno, más o menos eso. Entonces, la interdisciplina, a mí no me tranquiliza el hecho que esté dentro de la currícula. Es un detalle que esté dentro de la currícula. Lo importante es que cuando el profesional salga de la facultad, ya salga sabiendo, salga intuyendo, salga atento, salga dispuesto, como hablábamos en la otra semana, salga dispuesto y convencido de que no hay trabajo que no sea interdisciplinario.

VH|PC *Entiendo*

MM

Me quedé pensando el otro día una frase de Lacan, después de que hablamos, cuando uno corta el diálogo, como que le vienen otras ideas y dice ¡qué boludo! ¿Por qué no dije esto? Hay una idea que trabaja Lacan, no la tengo así presente a pie puntilla, pero él dice que el analista tiene que saber leer los signos de la época. Eso es un buen analista. No el tipo que dice en este lapsus, acá hay algo en relación al deseo por la amante, el miedo a que le corten el pito. Eso no sirve para nada. A uno no le dice nada, a uno no le dice nada. ¿Vos sabés que Lacan, -yo soy fanático de Marguerite Duras, la escritora francesa-, Lacan, cuenta Marguerite, creo que lo cuenta Marguerite Duras en una entrevista, Lacan la llamaba a las 3, 4 de la mañana, 5 de la mañana, y voy a ser un poco guaso, y le decía: “¡hija de puta! ¿Cómo podés saber lo que dice el sujeto? ¿Cómo podés escuchar al sujeto?” Y le cortaba. Porque realmente Marguerite Duras hace una lectura de lo que a ella le pasa, ella habla generalmente, sus libros son bastante autobiográficos, pero los universaliza. Tiene esa habilidad, por más que hable en primera persona, es

algo que nos pasa a todos. Entonces Lacan dice: ¿cómo hacés, que al psicólogo, al analista, le cuesta tanto escuchar ese rasgo?

Ese rasgo es rasgo de época. Así como en una época el paso de la adolescencia a la juventud era fumar cigarrillos de tabaco; después en otra época fue, que son rituales de pasaje al adulto, después fue, al menos aquí en Argentina, tomar whisky. Después tomar séptimo regimiento, que son siete bebidas mezcladas. Creo que son cinco o seis bebidas alcohólicas y jugo de naranja o de pomelo. Son rituales de iniciación. El ritual de iniciación de los años 20 no es lo mismo que el ritual de iniciación del 2020, cien años después, ¿se entiende? Por más que sea, tengan el mismo nombre. Digo, todas las personas que como rito de iniciación recurren al alcohol y se emborrachan tres veces a la semana, no todos devienen alcohólicos. Todos los que recurren a la droga, a la marihuana sobre todo, como rito de iniciación, como esto es lo que me ubica dentro de mi tribu, como un macho, como un hombre, ¿entendés la diferencia entre hombre y macho?

VH|PC *Mmmm, quizás no la tengo clara.*

MM El hombre puede ser por género, hombre, pero el macho es el que sobresale en la manada. ¿Se entiende la idea?

VH|PC *Sí*

MM El macho tiene rasgos muy masculinizados. Se cree que el macho es el que golpea, el que grita, el que se envalentona, el que quiere golpear al otro. Los ritos de iniciación...si uno no logra leer que recurrir a la sustancia suele ser un rito de iniciación, es decir que es un consumidor que puede consumir desde los 15 a los 18, 19 años y que después no consume más o que consume cuando se encuentra con sus amigos para hacerse ver, acá se dice para pavonearse -el pavo real, el macho es el que abre la cola y se pavonea- bueno, acá decimos que ese chico, que esa persona, no importa la edad, se está pavoneando porque necesita en un momento poseer esas insignias y que el otro lo reconozca con esas insignias, pero eso no implica que va

a advenir adicto. Esto, hacérselo entender a enfermería, digo esto, otros ejemplos también, situaciones como esta, hacerle entender a un enfermero que esa persona consume y que no por eso se va a convertir en adicta, es muy complejo. Hacerle entender a un médico que por más que las últimas diez veces que atendió a Pepito o a Susanita, que vino drogado, no va a terminar siendo un adicto, es muy complejo. ¿Por qué? Porque, sobre todo para la medicina, tanto para la medicina como para la enfermería, el síntoma es el que le da nombre al padecimiento, es el que le da nombre a la enfermedad. Para nosotros, los analistas, el diagnóstico lo hacemos en el fin de análisis, o cuando se terminó el trabajo con el paciente, es al revés. ¿Por qué? Porque nosotros no tenemos trabajo si no hay síntoma. Nosotros no tenemos trabajo si no hacemos producir al síntoma, si no lo hacemos hablar, si no lo hacemos decir. El médico, el enfermero, ataca el síntoma, lo acalla, lo calma. Entonces, para ir a tu pregunta, lo puntual, ¿es importante que en la currícula esté la interdisciplina? ¿Es importante? ¿Es suficiente? ¿No es suficiente? No, no es suficiente. No nos dice nada, no nos dice nada. Digo, vos ya estás recibida, ¿no?

VH|PC *No, yo estoy por salir a mi año de práctica.*

MM Bueno, mira, te cuento, a ver, este ejemplo personal, que le ha pasado muchos colegas, porque lo hemos compartido. Nosotros, cuando íbamos a la facultad, trabajábamos y estudiábamos. Bueno, imagináte que no disponíamos de todo el tiempo para leer todo. Lo hacíamos con esfuerzo, pero no como todo el mundo. Lo que sí sucedía es que se notaba la diferencia con los compañeros que se dedicaban a estudiar solamente. Leían todo, sabían todo, tenían toda la fotocopia, tenían los libros, tenían esto, tenían lo otro, tenían las mejores notas. Los profesores los llamaban por sus nombres. Acá en la universidad pública todo es muy masivo. Había clases de 200 personas, 250 personas. El profesor ni sabía cómo te llamabas vos, a no ser que te mandes una cagada. Entonces, a partir de ahí, te conocían por nombre y apellido. Bueno, entonces, ¿qué pasa una vez que vos te recibís?

Y vos decís, ¡ay, la puta madre! Está fulanito, está sultanito para el concurso, para la entrevista. Este se sabe todo, me va a ganar. Y no entraba. Y no entraba, o a lo mejor entraba y no se bancaba el trabajo. ¿Me entendés? Una cosa es ser buen alumno y otra cosa es ser profesional. Son dos cosas totalmente distintas. Ser buen alumno no garantiza, al menos en estas carreras, que vas a ser buen profesional. Vas a ser un buen académico, quizás. Vas a saber todo, vas a leer todo, el último libro, el primer libro, cuándo se escribió el libro, quién lo escribió, quién lo editó, cuál es la mejor traducción. Eso para la clínica a nosotros no nos sirve. Ni para la clínica, ni para la clínica ampliada. No sirve. No sirve, no es lo fundamental. ¿Es necesario? Sí, pero no es suficiente. ¿Creería que está contestada?

VH|PC *Sí, y justamente quería hilarla con algo más. Lo pensaba un poco en la primera parte de la respuesta en donde hablábamos, recapitulo, sobre esta idea, de cómo lo interdisciplinario sucede en el trabajo. Entonces lo pensaba un poco más allá de la noción del trabajo y, por ejemplo, pensarnos cómo se logra ser un buen profesional, también hacia cómo se construyen, pues ya desde una postura más profesional, las políticas públicas en salud mental. Porque en muchas de estas se hablan justamente también desde la teoría y no se piensa en la práctica. Y eso me permite abrir otra parte de la entrevista que va justo sobre esta idea. O sea, ¿cómo cree usted que hoy en día se construyen y también cómo se empiezan a tornar hegemónicas las políticas en salud mental? Si cree usted que pasa, por ejemplo, esto de la interdisciplinaridad y es que se queda mucho como en el papel, como en la noción académica, o sí hay como una verdadera noción de lo que sucede realmente en Latinoamérica. También, si quiere, lo podemos enmarcar en Argentina.*

MM Sí, sí. En Latinoamérica, Argentina no está afuera de Latinoamérica por más que una de las características de los argentinos sea pensarnos más europeos que latinoamericanos. Pero la realidad nos atraviesa muy similarmente. Las políticas públicas

son necesarias para que el profesional o los profesionales o los agentes de salud puedan tener espaldas, puedan sentirse respaldados ante la emergencia de una situación compleja. ¿Qué te quiero decir con esto? Por suerte en Argentina, desde los años 90' aproximadamente, al menos yo te voy a hablar de mi ciudad y de mi provincia, que es Santa Fe, en la provincia se empezó, hubo toda una movida para empezar a romper con la idea de protocolo. ¿Sabes qué es el protocolo?

VH|PC *Sí, un paso a paso.*

MM Exactamente, exactamente. Se empezó a romper con la idea de protocolo, sobre todo cuando la cuestión de la salud mental fue ganando espacio dentro del ámbito de la salud. Eso por un lado. Y por el otro lado, se empezó también a pelear mucho en contra de los programas. ¿Sabes lo que son los programas de salud?

VH|PC *Mmmm, no, no sé.*

MM Son más o menos como los protocolos. Los programas son partidas económicas, partidas presupuestarias, para trabajar la problemática del embarazo adolescente, para trabajar la problemática de la lucha contra el cáncer, para la problemática de dejar de fumar. Entonces eran todas quintitas. ¿Sabes lo que son las quintitas?

VH|PC *No, perdón.*

MM Los quintas son una unidad productiva del campo. Vos tenés una quinta, tienes tu huerta, entonces cuidas tu huertita. Pero yo cuido mi huerta. ¿Lo que te pasa? Vos me fregás tres pepinos. Porque yo estoy tratando de implementar políticas que prevengan el cáncer de pulmón. Y vos estás tratando de implementar políticas o acciones, más que políticas, acciones para evitar el embarazo adolescente. Ahora, si una cosa y la otra tiene que ver con la prevención, ¿por qué no empezamos a trabajar la prevención en todo? Digamos, la prevención. ¿Me importa tres gomines? Sí, la prevención es de accidentes de tránsito,

la prevención del cáncer de pulmón, la prevención del cáncer de próstata, la prevención del cáncer de pecho, de mamas, la prevención del cáncer de útero. Tenemos que estar todos capacitados para trabajar o para pensar mínimamente en la prevención. Entonces, cuando vos como paciente venís y me decís que estás preocupada o que te sentís medio débil porque en dos meses tuviste la menstruación, vos decís, ¿cómo en dos meses la menstruación? No hay menstruación. La menstruación es cada 28 días. No es dos veces al mes. Algo pasa. Entonces, en algún momento, a lo mejor en ese momento no se lo podés decir al paciente, a la paciente: “che, ¿fuiste al ginecólogo?” Entonces, ¿qué hago yo? Yo puedo decir: “¿cómo te llamás vos? Paula. Bien, Paula. Voy a la ginecóloga del equipo y le digo, “¿vos la atendiste a Paula?” “No, ¿por qué?” “¿La conocés?” “Sí, sí, sí, la conozco”. “No, porque mirá, en una consulta, ella me cuenta que estuvo dos veces sangrado.” No es una cuestión del chismerío, ¿te acordás de lo que hablamos del chisme?

VH|PC *Sí, sí, claro.*

MM No es una cuestión de chismerío, es una cuestión de salud, ¿se entiende? Entonces, poder armar una estrategia como para que Paula, que hace bastante que no viene a la ginecóloga, venga. Entonces, cuando se la ve a Paula: “che, Paula, estuve revisando cuándo fue la última vez que viniste a la ginecóloga. ¿Viniste el año pasado? Va a ser casi un año. Tomá, acá tenés un turno de rutina.” Y la médica ya sabe que hay algo raro, que hay algo que le tiene que prestar atención. ¿Se entiende? Entonces, poder pensar la salud desde otro lugar, no decir, ah, esta chica tiene un cáncer de mama, y bueno, pero yo estoy trabajando la prevención en las estrategias para que deje de fumar. Cuando hagan la prevención del cáncer de mama, verá si viene o no viene. Y si no viene, y si es tarde, entonces, las políticas primero tienen que ir de abajo hacia arriba. Tienen que ir de abajo hacia arriba. Y los de arriba tienen que estar atentos a lo que pasa abajo, para respaldar el trabajo del centro de los que están en el primer nivel de atención. Porque también, trabajar interdisciplinariamente,

empezar a generar preguntas en la población, y después son preguntas que cuando ellos tienen las respuestas y hacen las demandas al Estado, el Estado no responde, lo mínimo que se produce es descreimiento. ¿Para qué voy a participar si después no te dan pelota? Es desilusión. Tanto ir a los talleres, a estar ahí, la cuestión es que ahora no me hacen la mamografía. Me tienen de un día para el otro, ya van tres meses, seis meses, y no me hacen la mamografía. ¿Cómo es esto? La gente se cansa. La gente se cansa con mucha facilidad, por más que los beneficie a ellos. Entonces, las políticas públicas en salud tienen que ser habilitantes, tienen que ser habilitantes, para que el paciente pueda ingresar al sistema de salud por donde se le ocurra, porque en una época, acá en Rosario también, vos ibas a un hospital y decías, me duele la rodilla, y te preguntaban: “¿en qué centro de salud se atiende Paula, usted?” Y vos contestabas: “no, yo no me atiendo en mi centro de salud, porque nunca hay nadie”, cosa que realmente pasaba. Nunca hay nadie, cada vez que voy no está el médico. Entonces te decían: “Ah, no, no, no, acá la tiene que derivar un médico de cabecera que esté en el centro de salud”. No te atendían, entonces, atender al paciente, recepcionar, le da la medicación para 10, 15 días y le decís, acá tiene el papelito para que le den el turno con el médico, el turno y la medicación. Entonces, la persona se iba con un turno de su médico y con la medicación por 15 días, tenía 10, 15 días o una semana o tres días para llegarse al centro de salud. Claro, eso también los convierte en agentes, que creo que es algo importante dentro de las políticas.

VH|PC *Totalmente Marcelo, importantísimo volver al sujeto un agente de su propio bienestar.*

MM Bueno, ¿quedó contestada o faltaría algo más?

VH|PC *Sí, fue bastante completa. Esto me deja pensando un poco en, pues, entiendo cómo hacia dónde se deberían llevar las políticas públicas y también lo complejo que es construirlas desde un lente un poco más real.*

MM Otra cosita te quiero decir en relación a las políticas públicas. Las políticas públicas tienen que estar pensadas para la gente, no para los profesionales. Cuando uno piensa en las políticas públicas tiene que pensarlas en relación por eso que los gestores en salud tienen que estar continuamente en contacto con aquellos que están en contacto con la gente.

VH|PC *Claro, porque deben responder al contexto.*

MM Claro. No con decir, por ejemplo acá, en una época se daban los turnos a las siete de la mañana, la gente iba a las cuatro de la mañana, imagínate vos, con una, dos, tres, cuatro, cinco criaturas a las cuatro de la mañana en la puerta de un hospital, lluvia, frío, sol, calor, humedad, mosquitos, inseguridad, para llegar a la ventanilla y que te digan: “ay dimos veinte turnos, a la señora de adelante le di el último,” y tener que volver al día siguiente. Entonces las políticas públicas tienen que ver con las necesidades de la gente, por eso te digo que las políticas públicas son actos políticos y no con las necesidades o la comodidad del profesional o de la gente de salud

VH|PC *Marcelo y, ¿por qué cree usted que las políticas públicas en su escritura y en su estructuración, si se supone que responden a justamente a las necesidades sociales que tenemos, difieren tanto de lo hegemónico, de lo que realmente sucede a la hora de la praxis? Que además está tan normalizado, como que no corresponda a lo que está escrito, porque eso, por ejemplo, es algo que pasa mucho acá en Colombia, hay unas políticas públicas bellísimas en varios focos, pero a la hora de ver la praxis y la ejecución de todo esto uno se da cuenta de que no, no están concordando.*

MM Mirá, lo hegemónico no es hegemónico porque sí, digamos tiene muchas ventajas, muchas ventajas; la primera es que al trabajador lo hace trabajar menos porque para armar una estrategia de trabajo con una persona, tenés que reunirte con el equipo de salud y se empieza a discutir entonces: ¿por qué vos te engripaste tres veces en un mes? La nutricionista va a

decir: “porque come poco, no tiene que comer, come mal”; la trabajadora social va a decir: “porque la casa es un desastre”, todos tienen respuesta. Ahora, esas respuestas se pueden llevar adelante en la inmediatez, porque la trabajadora social quiere que le pongan vidrio en la casa a esa persona, pero tiene que haber alguien que diga: “¿vidrios? No, no hay,” no le va al Estado, no le va a comprar vidrios, porque los vidrios los van a comprar dentro de dos meses cuando se llame a licitación, ahí va a haber vidrios y de acá a dos meses terminó el invierno y el invierno terminó con esta paciente, entonces ¿cómo lo resolvemos? ¿Y si ponemos cartones, chicos? ¿Es lo mejor? No, no es lo mejor pero es lo que podemos, es lo que tenemos entonces, con esto te quiero decir que es lo hegemónico, porque te digo: lo social, lo comunitario, lo interdisciplinario, lleva tiempo, no tenemos respuesta inmediata. Lo hegemónico, sea de la profesión que sea, es causa-efecto, regla de tres simple, que también se los decía la semana pasada: “esto es a esto como esto es aquello otro”, chau, se terminó, no hay preguntas, no hay preguntas propias y tu respuesta, pues, le haces creer al paciente que es la respuesta del paciente, la respuesta que desde lo hegemónico vos le das al otro es tu respuesta, no es la respuesta del otro, a lo mejor vos crees: “porque yo conozco la casa de Susanita, y yo sé que Susanita se enfermó porque en la casa no hay puerta y en la casa no hay vidrio, se filtra el frío por todos lados” ¿Y sabes por qué se enferma Susanita? Porque el marido la caga a piñas y la hace dormir en el patio. Susanita no se enferma porque no hay vidrio en la casa, porque a la noche ponen una frazada o ponen un diario para que no entre el frío, pero eso no lo sabe el hegemónico, no sabe esa situación del paciente, esa situación de que el marido la caga a puñetes y que ella no dice nada, se enteró alguien del equipo de salud porque fue al almacén y la almacenera le contó: “¿Viste que a Susanita el marido otra vez la hizo dormir en la calle, en el patio?”, “¿Cómo que le hizo dormir?” Y luego lo escuchamos que se lo comentan entre vecinas, por eso yo la otra vez te decía que el chisme, para nosotros súper necesario, pero no para sostenerlo y continuarlo

y profundizarlo, sino como material de trabajo propio. Entonces, ¿por qué se enferma Susanita y no se enferma la hermana de Susanita que vive en la misma casa? ¿Por qué se enferma Susanita tres veces en un mes y de la familia no se enferma nadie más? Ahí hay una pregunta. El hegemónico no se la hace, porque el hegemónico lo que quiere es sacarse de encima el paciente, entonces le receta antibiótico y mucolítico, si tiene fiebre un antifebril, un besito y volver en 15 días o volver en una semana y si podés no volver, no vuelvas, ¿Se entiende? En cambio, para llegar a saber que Susanita se enfermó de gripe tres veces en el mes tenemos que hacer todo un trabajo.

VH|PC *Ahí a mí me surge una duda y es, bueno: uno en el ejemplo y dos pensándolo de nuevo como ya en las grandes políticas de salud en general y es ¿qué papel cree usted que juega la comunidad en todo esto? Ya hemos hablado sobre que los profesionales tenemos que crear políticas en pro de la gente, pero, entonces, ¿de qué manera uno aproxima a las poblaciones y también de qué responsabilidades se les habla a ellos? ¿O cómo, cuál, es la educación? ¿Cómo se educaría para que las políticas puedan ser un poco más efectivas?*

MM Mira, a mí me parece que a la población no hay que educarla, no es una cuestión pedagógica, lo que sí tenemos que hacer con la población es hacerle ver, hacerle sentir que el centro de salud no está solamente por una cuestión de fiebre, por una cuestión biológica, que el centro de salud está para un montón de cosas, para ir a hablar. Entonces, cuando vos te cruzas con tu paciente que hace 15 días que no ves o que decidió no ir y decidió tampoco no decirte nada porque cree que te está faltando el respeto, porque encima los pobres creen que nos deben cosas porque nosotros los escuchamos, o porque nosotros los atendemos, se siente con culpa, y cuando vos lo cruzas por el pasillo y le decís: “¿Qué tal Juan, cómo le va?” y vos sabés que el nieto de Juan tuvo un accidente con la moto o la policía le pegó un tiro y te acercas a Juan y le decís: “Juan me enteré lo de su nieto”, digamos no en secreto, pero sí que no escuchen otros,

porque a lo mejor Juan no quiere que se enteren, no quiere que se hable, y vos le preguntas: “¿Usted cómo está Juan, con esto? ¿Y su nieto cómo está?” Juan está entendiendo que él puede ir al centro de salud a decir: “che mi nieto está en cana, es la primera vez en mi vida que me pasa esto, a la policía no quiero ir porque sé que vecinos fueron a la policía y la policía los sacó corriendo, los cagó a puñetes, ¿qué puedo hacer?” Bueno, uno lo puede poner en contacto con el servicio de algún estudio jurídico o del mismo Estado, lo puede orientar: mira podéis ir a tribunales, podéis hacer... porque hay gente que no sabe, a dónde ir, no sabe a dónde ir, entonces vos lo que tenés que promover, a mí me parece es que así como les decía la semana pasada: que la única institución pública que está abierta los 365 días del año, las 24 horas del día, son las instituciones del sistema de salud, generalmente los hospitales, los centros de salud están abiertos menos, en la Argentina algunos 8 horas, algunos 12 horas. Entonces tiene que ser una institución receptiva, no digo resolutive, que le va a resolver el problema a la gente, digo receptiva: “vení, ¿qué te pasa?, Mirá yo no entiendo qué es lo que te está pasando, pero sí te puedo decir que podés ir a hablar con el trabajador social, que te pueda acompañar al tribunal, que si tenés miedo de ir a la policía, vamos a ir a la policía juntos”, poder acompañar, nada más que yo te digo, nada más que eso, y para la gente que no tiene recursos, recursos simbólicos, recursos económicos, eso se siente que es un montón, siente que es un montón, ¿me entiendes? ¿Queda respondida la pregunta?

VH|PC *Super respondida, me quedo pensando en muchas cosas, porque si es cierto, incluso, cuando uno lo vuelve como una cuestión como más pedagógica y se encierra en este discurso, quita demasiados pesos sobre labores que siguen siendo del Estado, de la aproximación que se debe tener con los usuarios. Bueno, y ya para cerrar, porque creo que con mucho de lo que se ha dicho tenemos bastante tela para cortar, yo quisiera preguntarle si en su contexto ¿considera que las políticas públicas de salud, en este momento son efectivas? O sea, ¿se están aplicando de forma efectiva? Si no es así, ¿por qué?*

MM

Mirá con este gobierno que asumió hace un año y dos meses, se están perdiendo muchos derechos en todos los ámbitos, en todos los ámbitos se están perdiendo muchísimas fuentes de trabajo, la inflación es enorme; esto por más que haya leyes que no se deroguen, esto hace no se puedan aplicar, pero tampoco voy a echarle la culpa a un gobierno que tenemos de ultraderecha, nazi, fascista, es mi apreciación, esto va por mi cuenta, eh? Tampoco le podemos echar la culpa a ellos, no podemos ser tan, tan necios.

¿Por qué te digo esto? La provincia de Santa Fe tuvo una ley de salud mental, yo ahora no recuerdo bien el año, pero creo que fue del año 89, una ley de salud mental muy de avanzada, muy de avanzada en su planteamiento; su basamento primordial era la desmanicomialización en la provincia de Santa Fe. Nosotros teníamos, hay, tres hospitales psiquiátricos: uno en Rosario que se llama Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, otro en el centro de la provincia, la provincia nuestra es una bota alargada, no sé si la viste en el mapa, en el centro de la provincia en la ciudad de Oliveros está el hospital psiquiátrico de Oliveros, que es una colonia psiquiátrica, no es un hospital, es una colonia psiquiátrica y también en la ciudad de Santa Fe, que es la capital de nuestra provincia, está el hospital Mira y López, que es el hospital psiquiátrico. Santa Fe tuvo una etapa de desarrollo de las políticas antimanicomiales muy importante, pero estábamos en plena democracia, había un partido que era de los más populares de la Argentina. Acá la Argentina, bueno ahora no tanto, pero en esa época era bipartidista: estaban los peronistas y los radicales, después los otros partidos eran partidos chicos de izquierda, pero los dos partidos más importantes eran esos. En pleno gobierno peronista estábamos en la provincia, se toman medidas, se dictan leyes antimanicomiales, se pone, se jerarquiza la práctica psicológica y psiquiátrica, se le da otro lugar a la salud mental, pero no se le da lo más importante: yo les comentaba antes que la salud mental lo que más demanda es recursos humanos y recursos presupuestarios, no demanda

grandes tecnologías y más si uno trabaja desde el psicoanálisis, digo, nosotros no necesitamos tomógrafos computados, diagnósticos por imágenes, medicamentos que valen, drogas que valen millones de dólares, nada de eso, nosotros no necesitamos nada de eso, nosotros necesitamos recursos humanos y necesitamos recursos económicos, los recursos económicos los necesitamos para la creación de dispositivos sustitutivos del manicomio, sí, porque bueno, uno tira abajo el manicomio, fantástico y ¿qué haces con la gente? ¿Que le ofrecés a la gente? ¿La dejás en la calle? La gente es el paciente y su entorno, no es el paciente sólo. ¿Dispositivos? poco y nada. ¿Profesionales? Un poco más que dispositivos, pero tampoco era suficiente, porque vos necesitás armar equipos.

Bueno, se hicieron cosas, lo que se pudo. En los años 90, fines de los 90, 2000, gana el socialismo en la municipalidad, gana en la provincia, ya avanzado los años 2000, y también el kirchnerismo a nivel nacional, donde se sanciona la ley de salud mental y es de súper avanzada, pero tampoco aparece en los recursos para las provincias, para los municipios, para sostener esa ley, entonces se sostenía como se podía. A lo mejor en Capital Federal, en la ciudad de Buenos Aires, las cosas funcionaban de otra manera, como funciona todo el país: es Capital Federal, después, el resto que se las arreglen como puedan. Santa Fe, como te decía la otra vez, es una provincia riquísima, es una de las provincias más ricas de la Argentina, entonces cuenta con ciertos recursos y encima tuvimos gobiernos municipales y provinciales donde todo o mucho de sus políticas pasaba por el tamiz de la salud; entonces, se invirtió mucha cosa, lo que hoy no sucede siendo que está gobernando la misma alianza que llevó al gobierno al partido socialista, ¿se entiende?; ahora es todo “hasta ahí, hay pero no mucho”. Hay, no voy a decir que no hay nada, pero no mucho; de nación no hay nada. Te doy una noticia, si no la leíste en los periódicos: en Estados Unidos, Trump decidió que salga de la Organización Mundial de la Salud. Argentina también. Vos me decís “ah, pero vos sos pro Organización Mundial de la

Salud. No, yo no soy pro Organización Mundial de la Salud. Es un mal necesario, dictó las políticas en salud internacionales en la pandemia. Después vos podías adherir o no, pero tenías un norte, tenías donde discutir. Cuando eso desaparece, no tengo con quién hablar, no tengo con quién discutir, no tengo de dónde sacar ideas, ¿se entiende?

VH|PC *No me había detenido a pensarlo así, claro, es un espacio también de expansión académica, incluso para la nación.*

MM Totalmente, totalmente, son lugares...vos podés estar en contra, son hegemónicos, si, son hegemónicos, pero vuelvo a decirte: en la Organización Mundial de la Salud ellos dicen, no sé, como decían antes, que la homosexualidad es una enfermedad, bueno, fantástico. Ellos postulan que la homosexualidad es una enfermedad, la iglesia católica también postulaba que la homosexualidad, y para muchas iglesias era una enfermedad. Bueno, ¿En tu país la pensás de otra manera? ¡Qué bueno! Mirá, la campaña internacional contra el HIV, no tengo plata para hacer una campaña. Bueno, ¿Qué publicidad me manda la OMS? ¿Estamos más o menos de acuerdo con esta publicidad? Pues bueno, ponemos esta publicidad, la traducimos al castellano y a otra cosa. Entonces, también te da cosas, no todo. Digamos, si uno tendría que dar de baja lo que no le gusta, queda solo en el mundo, porque vos a mí no me gusta por flaco, el otro no me gusta por gordo, el otro no me gusta por esto, la otra no me gusta por rubia, la otra no me gusta porque me habla sobradamente, me quedo solo, volvemos al narcisismo, volvemos a la castración, volvemos a las cuestiones que se nos hacen insoportables: el diferente, soportar el diferente y en la salud tenés que soportar al diferente.

Los médicos te dicen, volviendo a lo hegemónico, Paula, “no a esta esta mina no la atiendo porque le di diez veces las indicaciones de la medicación” y vos le preguntás al médico: “che ¿Y Paula sabe leer?” y no te sabe decir si sabe leer o no, porque le dio las diez veces la indicación, la mina se acuerda uno o dos

días y después no se acuerda más como las tiene que tomar y queda embarazada o se le recrudece la infección. Entonces, es Paula la culpable de que no pueda seguir el tratamiento, entonces nosotros atendemos, y esto también tiene que ver con la interdisciplina, sabiendo que el otro es diferente. Mirá, el otro día estábamos con unos amigos y había gente, estábamos viendo un flash informativo de una situación que había sucedido en una villa miseria, en un barrio de emergencia. El periodista hace una pregunta, dice: ¿cuándo sucedió este hecho? y la señora contesta: “ayer no, antes de ayer no, ¿qué día es hoy?” La señora no sabía en qué día vivía, uno de los chicos que estaba conmigo me dice: “mirá, esta mujer no sabe el día que vive” y yo le contesto: “la gente humilde, la gente de las villas miseria, no sabe el día en que vive, no sabe porque para ellos es lo mismo un viernes que un lunes, es lo mismo un lunes que un miércoles, ¿Sabes por qué? Porque no trabajan, porque no van a la escuela, porque no tienen una obligación”. Entonces le digo ¿vos sabés lo que es vivir sin saber en el día que estás, no por despistado, no porque estés demenciado, no porque tenga gente, sino porque todos los días son iguales? Todos los días son iguales, entonces lo mismo un día que otro, entonces no lo tiene por qué saber, no lo tiene por qué saber si no tiene posibilidad de saberlo, uno sabe que es lunes porque el domingo está puteando a las cinco o seis de la tarde: “me tengo que ir a laburar”, “no puedo tomar otra cerveza porque me tengo que levantar temprano mañana”, “todo lo que me espera”, “hoy es viernes, qué suerte”; esa gente ni eso tiene, Paula, ni esa posibilidad tiene.

Entonces, muy difícil desde lo hegemónico poder pensar lo distinto, es muy difícil desde lo hegemónico, le tiene horror a la castración, le tiene horror al diferente, le tiene horror a que algo falte, te tapa la boca, ¿Te duele la cabeza? Vaya aspirina, ¿Te duele el codo? Dioraflex ¿Te duele la menstruación? Tal cosa. [lo hegemónico] tapa todos los agujeros, no hay agujero, y la función del psicólogo en los equipos de salud es señalar el agujero, es poner el dedo en la llaga, es molestar, por eso son

odiados. Hasta que el otro te acepte como compañero, ¿sabes lo que es entrar a una reunión de equipo de 20, 30 personas y cuando abris la puerta escuchás: “osh, ya vino éste?” Bueno, la tranquilidad es que si alguien dice eso es que vamos bien, cuando todos te quieren, “que suerte que vino”, “que bueno”, algo le estoy fallando, en el sentido de la interdisciplina, está piola eso también, que uno sea representante de aquello que va a replantear, aquello que molesta.

Bibliografía

1. Boch, C. (1992). *Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Rosario*. Organización Panamericana de la Salud.
2. Chiamaram, M. (2012) (Comp) *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Universidad Nacional de General Pacheco, 2012.
3. Freud, S. (1893). *Charcot*. En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 1-23). Amorrortu Ediciones.
4. Freud, S. (1903). *El método psicoanalítico*. En *Obras completas* (Vol. 3, pp. 239-250). Amorrortu Ediciones.
5. Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 111-120). Amorrortu Ediciones.
6. Freud, S. (1915-1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. En *Obras completas* (Vols. 16-17). Amorrortu Ediciones.
7. Galende, E (1990) *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós
8. Galende, E (1997) *De un horizonte incierto*. Paidós
9. Galende, E (1992) *Historia y Repetición*. Paidós
10. Galende, E (2006) *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los DD HH*. Ed. Lugar.

11. Lemus, J (2013) Salud Publica y Atención Primaria de la Salud. Ed. Corpus Libro.
12. Maceira, D (comp.) (2007) Atención primaria de salud, enfoques interdisciplinarios. Paidós
13. Molina, S (2004) Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor: Salud Comunitaria, Creatividad y DD HH. Ed UNL
14. Municipalidad de Rosario. (2003). *Salud en el municipio de Rosario: La construcción de la salud según sus protagonistas. Principios orientadores, ejes de gestión. Entrevistas. UNR.*
15. Stolkiner, A. (2022) Prácticas en salud mental. Ed. Novedades educativas
16. Solkiner, A. (2022) Conceptualización de la Salud Mental en las Prácticas consideradas desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. Vertex revista argentina de psiquiatría
17. Schiavone, M (1991) Atención Primaria de la Salud y la formación de Recursos Humanos. Ed. Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Medicina.

III



Salud mental en Colombia:
abriendo caminos para un
cambio necesario

/ 09 /

Entrevista a María Adelaida Arboleda Trujillo^{*MA} (Colombia)

Entrevistador/a:

JM Juan Manuel Marín Montes
NS Natalia Santa Franco

JM|NS *Para iniciar, cuéntanos un poco cuál ha sido tu formación, tus posgrados y tus temas de investigación.*

MA Bueno, yo estudié medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en Bogotá. Estando allí, me interesó mucho el campo de la psiquiatría, pero tenía claro que no quería quedarme en Bogotá. Vine después del servicio social obligatorio, me presenté en la Universidad del Valle y estudié el posgrado en psiquiatría en la Universidad del Valle.

Una vez que egresé como psiquiatra, comencé a trabajar en el hospital psiquiátrico, pero al mismo tiempo me vinculé con diferentes universidades de Cali. Me vinculé con la Universidad del Valle, me vinculé con la Universidad Santiago de Cali, en principio. Y dentro de mi vinculación con la Universidad del Valle,

de manera pronta, tomé la conducción de un programa que es el programa de psiquiatría comunitaria que venía funcionando en la Red de Salud de Ladera, que en ese momento no se llamaba Red de Salud de Ladera; estamos hablando, yo me gradué en el 2000, y en ese momento era el Centro de Salud de Siloé.

Había tenido, digamos, un auge muy importante, pero los docentes que lo habían manejado ya se habían jubilado, entonces no quedaba nada. Entonces empecé a manejar eso y de manera simultánea, trabajaba en el psiquiátrico. Y creo que las dos cosas me condujeron a como una crisis vocacional, porque por un lado yo en el psiquiátrico tenía la sensación de que lo que estaba haciendo no servía para nada, que el trabajo que hacía con las personas que sufrían, realmente tenía muy pocos frutos, porque después de unas semanas de hospitalización y de un trabajo con ellos, volvían a las pocas semanas peor, ¿no? Entonces yo me daba cuenta que ahí yo no estaba haciendo mucho. Y por otro lado, el tomar esta conducción, este programa, me llevó a la certeza de que yo no sabía qué estaba haciendo.

Y a partir de esa certeza de desconocimiento es que yo me fui a estudiar Salud Mental Comunitaria en la Universidad de Lanús en Argentina. Yo había conocido a Emiliano Galende en un congreso aquí en Cali y había mantenido contacto con él porque me interesó muchísimo esa perspectiva. O sea, cuando yo lo empecé a escuchar, yo dije, bueno, esto es con lo que yo me identifico. Ya había tenido la oportunidad de leer otros autores que también me habían movido un poco el piso en términos de las maneras de ejercer mi profesión psiquiátrica. Otra de las personas era Jorge Luis Tizón, psiquiatra y psicoanalista catalán. Bueno, no es catalán, pero trabaja en Barcelona.

De manera que fue el comienzo y me fui a estudiar a Argentina. Hice el doctorado allí y cuando volví ya tuve como una claridad, más o menos, como de las áreas de interés. Una de las cosas, porque tu pregunta trae algo que es lo de investigación, que me interesaba era por qué si la Universidad del Valle y el Programa

de Psiquiatría Comunitaria tienen una historia tan importante en todo lo comunitario, qué es lo que pasa para que este sea el momento en que haya muy pocos psiquiatras que trabajan en el área de lo comunitario, que la mayoría salgan a trabajar en el hospital psiquiátrico en una psiquiatría que es una psiquiatría hegemónica.

Y es desde allí que entonces comienzo una línea de trabajo relacionada al campo de la salud mental y las relaciones de poder en el campo, que fue el trabajo de mi tesis doctoral. Y luego, a partir del trabajo dentro de la Universidad del Valle, como psiquiatra del departamento, me vinculo al trabajo de un centro que tiene la Universidad del Valle, que se llama Cisalva, y empiezo el trabajo de investigación en violencias. Un trabajo al que al principio no le había dado como mucho peso, pero que paulatinamente me fui dando cuenta que era el trabajo que me gustaba y en el que podía combinar también un poco estos dos elementos de las relaciones de poder y las violencias. Violencia en términos de las relaciones de pareja, violencia autoinfligida, pero también y más recientemente violencias en el contexto del conflicto armado. Entonces esa ha sido básicamente mi línea.

He trabajado también otras de manera, digamos, paralela. Tengo colegas de la universidad que me han invitado a hacer otras investigaciones, pero que finalmente tienen también un poco de eso. O sea, yo mal que bien terminó dándole la vuelta de tuerca en donde las relaciones de poder aparecen o la violencia aparece como una de las aristas de eso. Por ejemplo, el último trabajo publicado es un trabajo sobre el desgaste ocupacional en docentes y residentes de una unidad quirúrgica de la Universidad del Valle, de cirugía, los departamentos de cirugía. Y finalmente el elemento de las relaciones de poder aparece. Entonces bueno, ese ha sido mi trabajo dentro del campo de lo comunitario. Ya no trabajo para el psiquiátrico, entonces estoy dedicada específicamente a eso.

JM|NS *¿Por qué trabaja en el ámbito de la salud mental?*

MA Bueno, ese es un tema que creo que empecé a responder parcialmente ahora y es que considero que el campo de la psiquiatría es tremendamente estrecho, y al ser tan estrecho, yo sentía que realmente no estaba haciendo mucho. Y que el sufrimiento psíquico, que era con lo que yo me encontraba a diario, pues requería otras herramientas, Herramientas que no daba el conocimiento del marco biomédico y que por lo tanto requería otros conocimientos, otras disciplinas. Y eso me llevó a lo comunitario, y a entender que el asunto justamente tenía que ver con el sujeto en tanto miembro de una comunidad, en tanto miembro de una familia, en tanto un sujeto de historia y con unos determinantes socioeconómicos, culturales. Y en la medida en la que le he dado un lugar a eso, pues eso también ha nutrido otras áreas de mi práctica. Entonces, eso me llevó, fue principalmente eso, como el percatarme que mi conocimiento de base era un conocimiento muy limitado para entender, para comprender a la gente y a la comunidad.

JM|NS *¿Qué condiciones encuentras actualmente para desarrollar tu trabajo desde esa perspectiva y desde ese contexto? ¿Qué dificultades de orden, por ejemplo, político institucional, a ese respecto has tenido?*

MA Bueno, yo conduzco un programa de psiquiatría comunitaria que desde el comienzo fue como un programa... inicialmente un programa piloto, pero que posteriormente fue un programa que siempre nadaba contracorriente. Y yo creo que la sensación que tengo siempre, es estar contra la corriente. Digamos, si me preguntas cuál es la posición, es una posición contracorriente, en la medida en la que yo considero que el sistema, es un sistema que premia la hegemonía del modelo biomédico y, en ese sentido, cualquier otra perspectiva es una perspectiva que siempre está de segunda. Así lo comunitario y la atención primaria en salud se diga en todas partes, yo pienso que es el discurso políticamente correcto, no necesariamente el que en

la práctica sea el adecuado o el que le resulte más llamativo. Y eso tiene que ver con unas dinámicas en donde el sistema de salud está tremendamente vinculado al mercado, y por lo tanto, es un sistema que está regido por lo económico y no por lo social. Entonces, desde ese punto de vista, lo comunitario siempre es un sistema contrahegemónico y aun periférico, muy periférico. No sé si con eso te respondo.

JM|NS *Sí, digamos que eso también lleva a preguntarse por eso que llaman el talento humano, los trabajadores y las trabajadoras. ¿Consideras que las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental, en su contexto, tienen la formación y la disposición necesarias para hacerlo o un poco esa capacidad o ausencia incluye también el trabajo interdisciplinario?*

MA Yo te diría que puede que haya un conocimiento, pero no suficientemente firme ni suficientemente constante para que se convierta en un habitus. ¿Qué es lo que pasa? Pienso que en las disciplinas, sí, por ejemplo, tanto en la psicología como la psiquiatría, hay formación de lo comunitario. Creo que en psicología ustedes tienen una formación comunitaria y nosotros en psiquiatría les damos a los residentes también la oportunidad de rotar por psiquiatría comunitaria. Pero si nosotros comparamos el volumen de acciones que se tienen en lo comunitario versus el volumen que se tiene en el modelo hegemónico, pues es un porcentaje muy bajo de su formación y la gente finalmente sale a hacer lo que cree que sabe hacer, ¿sí? Y por otro lado eso está de la mano con las oportunidades laborales y es que en la medida en la que no se generen oportunidades laborales dentro de lo comunitario, la gente sigue haciendo lo que hay, para lo que hay trabajo. Y para lo que hay trabajo en lo comunitario generalmente es, uno, es desprestigiado, dos, es limitado y tres, es muy poco continuo.

Entonces, por ejemplo, estos trabajos generalmente tienen una connotación que no tiene una regularidad que hace que la gente no viva ese trabajo como una manera de vivir constante, sino que

es un proyecto por un equis tiempo, o sea, toda esta relación de la salud pública con la salud mental es muy fraccionada. Y eso hace que no se viva como un modo de trabajo permanente, ¿no? Somos muy pocos los que persistimos y yo, por ejemplo, lo hago porque es que mi trabajo tiene que ver con que tengo un sueldo de profesora y es un sueldo que me permite tenerlo constante, pero la mayor parte de personas lo que hacen es trabajar a partir de proyectos. Y salvo que vos trabajes en una ONG súper grande, o en la ONU, o que tengas un trabajo de Médicos Sin Fronteras, que sé yo, probablemente ese trabajo no puede ser continuo. Ese es el problema.

Entonces, es muy difícil generar un habitus, o sea, una manera de pensarse y hacer, si la oportunidad no te lo presenta, y si la formación no lo lleva. Y eso lo digo por la siguiente pregunta, que tiene que ver con el hacer interdisciplinar. Y es que el hacer interdisciplinar tiene también que ver con una perspectiva filosófica, ¿sí? Y si tú te mueves desde una perspectiva positivista, generalmente la perspectiva positivista no te plantea nunca un conocimiento limitado y un conocimiento interdisciplinar. Te plantea que la verdad y el conocimiento está externo y tú empíricamente vas y lo buscas, y que realmente existe. Pero si seguimos filosóficamente modelos incluso viejísimos, como el de la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt, donde ellos planteaban desde los años 30´ el trabajo interdisciplinar para conocer las realidades, como no es el modelo hegemónico, pues no, entonces, la gente sale y sabe que tiene que trabajar con otras disciplinas, pero no de manera interdisciplinar. Cada cual hace su pedagogía y ya, pero no hay nunca un colectivo. Y generalmente hay una percepción de que el conocimiento de uno es el que es, y el otro es subsidiario. Y en los psiquiatras sí que eso es cierto.

JM|NS *También con esa reflexión previa sobre la salud mental, usted, ¿cómo definiría la salud mental?*

MA Yo te diría que es muy difícil de definir. Partiría de que yo, habiendo leído tantas definiciones de salud mental, siento que todavía no lo resuelvo. Siento que una manera de poderlo pensar ha sido hacer esta división entre lo que es la salud mental como campo, como espacio social, en donde es un campo, voy a empezar por ahí, es un campo con unos límites muy difusos, tan difusos que hacen que se estreche al punto en que, por ejemplo, la psiquiatría o la neuropsiquiatría crean que lo que hacen ellos es lo que es salud mental. Entonces la estrechez, o tan difuso externamente que cualquier persona que hace cualquier cosa no sistemática también crea que hace salud mental, ¿sí? Entonces el campo es tan, tan permeable que entra y sale cualquiera, o se estrecha según las disciplinas que crean que tienen el poder, pero además es supremamente sugestionable o moldeable por otros campos más poderosos. El campo biomédico, el campo de la farmacología, el campo económico, el campo político, que hace que incluso las cosas que uno técnicamente cree que se tienen que hacer, queden en un segundo plano, porque hay otros intereses de personas que tienen el poder. Entonces, como campo, es un campo tremendamente difuso, muy permeable y con unas dificultades para poder, desde ese punto de vista, aprehender; aprehender en el sentido de la aprehensión, su objeto de estudio, ¿sí?

Y por el otro lado está la salud mental como noción, que yo me saldría un poco de este esquema de no sólo la ausencia de enfermedad mental. Yo creo que cuando hablamos de salud mental, hablamos de procesos, procesos individuales y procesos colectivos, determinados históricamente, determinados por las condiciones socioeconómicas, políticas, físicas y estructurales, hablo de estructuras psíquicas, y cómo eso nos permite tener o no bienestar, pues considero que la salud mental permite la presencia del sufrimiento psíquico como parte de su realidad. En ese sentido, no hay unos sanos y otros no sanos, no es que

la salud mental y la enfermedad mental estén en polos opuestos, sino que para mí no existe nadie completamente sano, ni nadie completamente enfermo, y que desde ese punto de vista, históricamente, algunos autores han decidido darle nombres a algunas cosas que aparecen en la salud mental, pero que eso finalmente es, es un proceso, es una tensión histórica, eso es lo que permite alojar. No sé si con eso te contesté.

JM|NS *Sí, en esa definición también, digamos, que sobre todo cuando habla de la noción, un poco habla sobre aspectos económicos, políticos, culturales, como que operan en la salud mental de una población, de alguna manera y en ese sentido, por ejemplo, las políticas neoliberales en su defensa ultranza del individualismo y el éxito basado, por ejemplo, en el esfuerzo personal, ¿pueden afectar también la salud mental?*

MA Yo creo que sí, en la medida en la que los sujetos cada vez tienen mayor desesperanza en función de, primero, un modelo que cree que el éxito está en la producción y que el éxito está en la producción individual, y que esa producción individual es una producción que debemos disfrutar de manera inmediata y que hace que no cuidemos los recursos, o sea, que los recursos naturales, los recursos culturales sean algo que tenga menos trascendencia. Y yo creo que eso, efectivamente, es una carga muy grande para el sujeto que vive desde estos modelos neoliberales ultraortodoxos, pero también que sufre quien no convive o no considera que ese sea una manera de vivir el mundo y la vida, pero que es arrastrado por un sistema que se mueve desde esa perspectiva.

Pensemos, por ejemplo, lo que ha pasado en el mundo últimamente, la elección de un presidente de la potencia más importante del mundo, que tiene una defensa ultranza de este modelo y cuyo negacionismo del efecto que eso tiene en los recursos naturales es una cosa absurda, en donde hay también una sensación de que, por una ganancia individual, yo puedo, permítenme la expresión, cagarme en el resto de la humanidad

volando una bomba nuclear, pues nos habla de cómo somos tan vulnerables en nuestra salud mental frente al individualismo, ¿no?

JM|NS *Y un poco, desde hace un tiempo por acá, ¿el auge actual de las denominadas nuevas derechas y sus discursos de odio también contribuirían con esas afectaciones en salud mental?*

MA Completamente, justamente porque, por un lado, el que vive la derecha a ultranza, pues vive en el terror de lo externo, y eso en su salud mental generalmente es percibido de una manera angustiante, el otro es un otro amenazante con el que hay que batallar y yo me tengo que encerrar y viene toda la xenofobia, viene toda la homofobia, vienen todas las fobias asociadas, pero también en aquel que finalmente tiene una divergencia en cualquier aspecto de la vida y que piensa la vida de una manera un poco más progresista; entonces creo que los problemas de salud mental de las derechas a ultranza le convocan o afectan a todo el mundo.

Esta sensación aparente de seguridad, de los que viven la derecha a ultranza, como te digo, es una salud en apariencia, porque viven siempre en el temor, en el temor al diferente, que es lo que está pasando en Estados Unidos, entonces los latinos que ya tienen ciudadanía votan por Trump porque temen al inmigrante indocumentado cuando ellos, hace unos pocos años, eran inmigrantes indocumentados, pero ya se sienten incluidos dentro, ¿no? Entonces ese es el asunto, que es lo mismo que pasó con el capataz hebreo dentro de los campos de concentración nazi frente a sus compañeros: yo soy al que no van a matar, a los otros sí, pero a mí no, porque es que yo me porto como los otros.

JM|NS *Fuera de estos aspectos ya mencionados, ¿qué otros desafíos considera usted que la salud mental enfrenta actualmente?*

MA El desafío de... yo en este momento estoy un poco pesimista, ¿no? Creo que el desafío, la apuesta la trajo justamente Latinoamérica, a partir de todos los movimientos de la salud colec-

tiva, de todo el pensamiento crítico latinoamericano, porque somos una serie de países que ha vivido en vulnerabilidad, en pobreza, y hemos aprendido que desde ahí se puede hacer también salud. No se necesita esta cosa del bienestar escandinavo para pensarse la salud. Entonces yo creo que desde ahí probablemente hay posibilidades en tanto emancipación de la comunidad, pero en tanto sistema, ya que estamos como tú mismo lo dijiste, migrando hacia los modelos neoliberales, yo creo que vienen años muy oscuros, y sobre todo por ejemplo en Colombia, después de un gobierno al que le apostamos algunos pensando que íbamos a tener una era progresista, pero vimos un gran desaprovechamiento de la oportunidad, y eso invariablemente nos va a llevar al polo opuesto y a ultranza, ¿no? O sea, ya la derecha recalcitrante tiene tantísimas como razones para decir ¿si ves?, que eso, ellos no, esos no hicieron, esos no saben, entonces tenga que nosotros de manera salvadora, sí. Entonces yo creo que se vienen años muy oscuros a nivel nacional y a nivel internacional.

JM|NS ***Digamos, estos desafíos que usted menciona, ¿cuáles serían las respuestas posibles desde aspectos teóricos, técnicos, políticos e institucionales?***

MA Yo creo que en la medida en la que podamos rescatar las vivencias culturales, desde los grupos autóctonos, que podamos rescatar las redes, la generación de redes, y que podamos empezar a pensar en la salud mental, no desde lo ultra tecnificado, sino desde el acompañamiento y el cuidado, yo creo que ese puede ser la posibilidad. O sea, menos curación y más cuidado, autocuidado y cuidado mutuo. Yo creo que esa es la oportunidad, que eso es lo que plantea, creo yo, los modelos de críticos latinoamericanos, en contraposición a los modelos de los países ultra desarrollados que plantean modelos altamente tecnificados y rápidos. Y yo sí creo que la salud mental no es algo que se pueda hacer rápidamente.

JM|NS *Bueno, y ya encaminando un poquito más la conversación en la vía de la formación en salud mental, ¿cómo consideras tú que debe ser como la formación en este campo?*

MA Yo creo que tiene que empezar primero por el ejemplo, o sea, en la medida en la que nosotros sigamos teniendo un discurso contradictorio, pues es que es muy paradójico que hablemos de lo comunitario, pero vivamos permanentemente en lo individualizado. Pienso por ejemplo en formaciones privadas, en donde el mercado es lo que es importante. Creo que hay una gran contradicción y si no eliminamos un poco esas contradicciones, el sujeto no va a interiorizar lo que son los modelos comunitarios. Yo creo que es muy importante que la persona lo vuelva a vivir, ¿no? Es muy importante desde la formación lo que te decía hace un rato, y es equilibrar un poco los espacios y el hacer. Si seguimos pensando que lo comunitario es un rellenito que le vamos a dar a un pequeño porcentaje dentro de la formación, pues eso no va a tener ningún impacto. Y por otro lado, si nosotros no le enseñamos al sujeto a abrirse campo laboral dentro de lo comunitario, tampoco tiene sentido, ¿no? Entonces, creo que esa es una de las cosas. La investigación es otro elemento que yo creo que es muy importante, en el que todos nosotros tenemos una gran responsabilidad, y es que la mayor parte de las investigaciones son investigaciones en el campo de lo biomédico, en el campo de lo positivista, y en la medida en la que nosotros nos jalemos para el otro lado y lo volvamos importante, no va a haber ningún cambio, ¿no? Ni a las universidades, ni a la comunidad en general, ni a la comunidad productiva le va a importar.

JM|NS *Bueno, también en general, como que hay ciertos aspectos éticos y políticos que se han involucrado en el campo de la salud mental. ¿Usted cree que pueden ser enseñados o que ya hacen parte como de una característica previa de cada sujeto, de cada persona?*

MA Pues, es que entre lo ético y lo político está el sujeto como un sujeto político, un sujeto social, y yo sí creo que es muy difícil que en la universidad nosotros podamos hacer un cambio que desde la formación básica, primaria y básica, secundaria, no se lleve a cabo. Yo creo que es un aprendizaje que se tiene que retomar desde temprano, porque es muy difícil que usted le enseñe a la gente la no discriminación, los enfoques diferenciales cuando ya está viejo y rallado. Es decir, es muy difícil. Es creo que una cosa que tiene que ser un movimiento desde temprano para que eso se convierta en una manera de ser y que tenga sentido más adelante cuando se estudie. Entonces yo sí creo que tiene que ser desde temprano, ¿no? Agarrarlo en la universidad... yo me vine a dar cuenta del enfoque diferencial y estas cosas ya vieja y créanme que ha sido todo un proceso de desaprender y aprender que no ha sido nada fácil, y eso que me permito permear, entonces imagínense alguien que no.

JM|NS *Hablando sobre eso, cómo estas teorías que uno puede llegar a aprender, ¿cree que hay alguna o algunas teorías y disciplinas que deberían hacer parte de esta formación?*

MA A mi en ese sentido me parece muy interesante los planteamientos de Martha Nussbaum en el sentido del ser ciudadano, el aprender a ser ciudadano, en esa capacidad empática de ser ciudadano, que es algo que uno debería aprender desde temprano, ¿no? Entonces en la medida en la que haya una apuesta política por el reconocimiento de la diferencia y por la compasión empática y no la compasión religiosa, no la compasión judeo-cristiana, que me parece que esa es compleja, sino esta de reconocer los derechos humanos y reconocer mis propios derechos, aprender a manejar en ese sentido críticamente las situaciones, creo que es el primer aprendizaje para que finalmente todos podamos tener un futuro mejor, y en ese sentido por eso las ciencias sociales son tan importantes en la vida, ¿no?, desde pequeños, y las humanidades.

JM|NS *Bueno, respecto a la intervención en salud mental, hay unos aspectos que son en vía de la práctica, del saber hacer, la pregunta es ¿cuánto de esto puede ser enseñado y cuánto depende de la capacidad creativa, como de quién pretende desempeñarse en este campo?*

MA Bueno, es que me parece, no sé, me parece que tiene un poco de las dos, porque yo sí creo que hay sujetos más sensibles que otros, sujetos más permeables que otros, pero tiene que ver también con su historia; por eso yo decía que la salud mental es ante todo un proceso histórico. Entonces ahí retomamos esta pregunta previa tuya, y es que si en mi proceso histórico eso no está, pues yo no voy a ser permeable, salvo que tenga un encontrón con la vida, como a algunos nos tocó, en donde nos cambió la vida, pero la mayor parte de la gente no lo tiene, entonces no, siguen por ahí.

JM|NS *Bueno, llegando a la conversación de la construcción de políticas públicas en salud mental, me gustaría preguntar ¿cómo se construye y se torna hegemónica una política en salud mental?*

MA Yo creo que cómo se construye, cómo se hace una política hegemónica en salud mental, tiene que ver con estos actores sociales de los que te hablaba, como es permeable el campo nuestro, lo permeable que es a otros campos; entonces en nuestro modelo nacional, el campo de la salud mental estuvo principalmente pensado desde los economistas, por eso ese campo hegemónico se conforma alrededor de lo que es sostenible y productivo, de una ganancia económica y no necesariamente una ganancia social, y que tiene todavía defensores a ultranza, con cosas que son ciertas pero cosas que también son debatibles. Y es que cuando uno escucha, por ejemplo, al ex ministro Gaviria, Alejandro Gaviria, claro, uno le da cierta razón en ciertas cosas, por ejemplo, cuando sale la ley 100, el gasto de bolsillo de sujeto antes de la ley 100 era mayor al gasto de bolsillo actual; eso es verdad, la cobertura universal no existía en esa época y ahora tenemos un porcentaje importante de personas dentro

del sistema. Eso no es lo mismo que calidad, y probablemente la calidad está en función de cuál es la ganancia del sistema.

Si nosotros pensamos que tenemos un sistema de salud que esté para ganar plata, probablemente va a seguir teniendo una óptica relacionada al mercado; si lo que nosotros necesitamos es una ganancia social, pues probablemente entenderemos que este es un sistema que tiene que ser subsidiado de alguna manera, y que probablemente tengamos, sobre todo en un país con tantas vulnerabilidades socioeconómicas, que tener otras dimensiones que puedan ayudar a cubrir el sistema sin que eso implique pues este aporte que hacemos algunos colombianos, porque este es un sistema solidario, no es un sistema en el cual las EPS pongan plata, la plata la ponemos los ciudadanos y la pone el gobierno por otras vías. Entonces desde esa perspectiva probablemente lo que necesitemos pensar es cuáles son los recursos y cuál es verdaderamente la ganancia que necesitamos. Ahí está la clave de la modificación; yo creo que en ese sentido esa reforma que se hundió al principio del gobierno Petro tenía más o menos esa filosofía, pero claramente era un modelo no sostenible desde un modelo económico hegemónico; pues no, en ese sentido ellos tenían razón.

JM|NS ***Y ya pensando como en esas instituciones, disciplinas, sectores sociales o políticos, ¿cómo crees que deberían hacer parte de esta misma?***

MA Bueno, si yo soy consecuente con mi modelo mental dentro de lo comunitario, yo creo que el modelo tiene que ser un modelo clínico comunitario, es decir, una integración clínico comunitaria que los modelos actuales no tienen, porque el modelo, el sistema actualmente pone por un lado todos los elementos de lo de salud pública, que es lo del PIC, como sí lo colectivo fuera por un lado, y todo el sistema que tiene que ver con lo individual por el otro lado, como si fueran dos poblaciones completamente diferentes, entonces no hay una integración desde ahí. El otro elemento tiene que ver con la integración

en función de quién, quién lo hace, y desde allí yo creo que el modelo comunitario necesita unos puntos bisagra que permitan articular todos los dispositivos informales de la salud y la salud mental, propios, naturales de la comunidad o generados por profesionales que estén dentro de la comunidad y a los cuales se sumen las instituciones en sus diferentes niveles, pero tiene que haber un punto bisagra que lo articule, que no haya una población, unas atenciones para la población sana y unas atenciones para la población enferma, porque seguimos entonces teniendo esta óptica de que la salud es la ausencia de enfermedades. Todos tenemos que pasar por todo a partir de ese punto bisagra. ¿Cuáles son los puntos bisagra o quién debería ser el punto bisagra? Bueno, eso es discutible, equipos básicos de salud, equipos de salud mental en comunidad, personas de la comunidad que estén capacitadas, hay diferentes modelos en el mundo y yo creo que habría que pensarlo desde esa perspectiva y ampliar también todo lo que es la oferta institucional por fuera de los hospitales mentales. El ideal es que se acaben los hospitales psiquiátricos y que esa atención de urgencia se realice en hospitales generales o en un hospital en donde no tenga esta connotación negativa ni tan violadora de derechos humanos como una institución mental.

JM|NS *Hablando de todas estas iniciativas, como de las que tú hablas aquí y que propones, ¿tú crees que es posible sostenerlas en algún contexto institucional y político que puede ser contrario, como tú dices, de los psiquiátricos?*

MA Pero tiene que haber una normatividad y un recurso económico que los sostenga, como lo ha hecho Perú. O sea, un ejemplo claro de un país similar con unas condiciones más o menos parecidas ha sido Perú. Es una decisión política, creo que es ante todo una decisión política. Y decidir cambiar un modelo es algo que se puede dar. Ahora, Perú tiene en este momento la convivencia aún de hospitales psiquiátricos y centros de salud mental comunitario, pero ya hay opciones. El generar opciones ya al menos da la posibilidad de que tú elijas, ¿no? Y ya viene

todo lo que ya habíamos hablado. Entonces, si yo tengo opciones, tengo opciones laborales. Y si yo tengo opciones laborales, entonces académicamente debo formar para esas opciones laborales, y así sucesivamente.

JM|NS *Devolviéndome un poquito en la pregunta que ahora hacía, en referencia a un papel que tiene la comunidad, desde esa perspectiva, por ejemplo, ¿cuál sería el lugar de esa comunidad en la elaboración, pero también en el sostenimiento y en la ejecución de una política de salud mental?*

MA Creo que en la de proponer estrategias que sean apropiadas para su realidad social, política e histórica. Tener un papel emancipador. O sea, pienso que la comunidad, en la medida en la que se pueda emancipar, puede también proponer esa posición y no esperar el paternalismo institucional y profesional, ¿no?, siempre dándole la palabra a un otro con un título u otro con una institución, con un sello de una institución para que me hagan. Yo creo que la medida en que la comunidad también comprenda que hay estrategias y como ideas que pueden surgir desde sus propias necesidades y que lo que puede hacer es solicitar a estos niveles profesionalizados un acompañamiento para el desarrollo de esas estrategias. Yo creo que eso sería mucho mejor a esto que pasa en la actualidad, por ejemplo, tú lo conoces por lo del PIC, y es que llega el PIC con unas cosas ya construidas a la comunidad, independiente de qué comunidad sea. Entonces, el nivel de apropiación de ese tipo de cosas es muy pobre y en la medida en que salga el grupo especializado, el grupo profesional, es difícil que quede algo. O sea, no hay un nivel de apropiación, en tanto que si yo lo que tengo es una necesidad y hago un proyecto participativo en el que yo me ayudo a generar las ideas, en el que yo ayudo a construir las respuestas, pues posiblemente una vez se vayan algunos, yo ya tengo la idea de que es lo que necesito. Entonces, creo que es eso, es un papel, es retornar a un papel más activo. Lo que pasa es que volvemos al campo de lo político. Yo no sé si para los actores políticos sea conveniente tener una comunidad emancipada. Es más difícil de manejar, ¿no? De manipular.

JM|NS *Claro, y por ejemplo, en este contexto, en el contexto colombiano y en el de Cali, particularmente, ¿es posible desarrollar una política de acciones de salud mental en este modelo de salud actual?*

MA Es que me parece un modelo tan contradictorio, porque desde el punto de vista macro es un modelo centrado en lo económico, en el sostenimiento económico, en la productividad económica, en la exigencia institucional a la productividad. Se volvió el caballo de batalla. Pero por otro lado, en la letra, en oro, siempre está la atención primaria de la salud, el modelo comunitario. Entonces, yo creo que es una gran contradicción. Yo creo que, como te digo, lo comunitario termina siendo como lo políticamente correcto, pero lo económicamente incorrecto. Entonces, es muy difícil que sobreviva si a nivel macro no se hacen modificaciones. Porque termina comiéndoselo. Es decir, ¿cuál es, por ejemplo, mi preocupación en lo que yo he visto que han sido como estas iniciativas actuales del generar un modelo comunitario en ciudad? Es que eso termine generando psiquiatruquitos. Que termine teniendo un modelo más en la productividad asistencial que en otro tipo de estrategias. O que termine en esa división. Por aquí unos y por acá otros. Entonces, eso vuelve y no se junta para nada. No hay ese punto bisagra que se requiere. Que es lo que yo te digo que me parece que no hemos construido y que es la clave para que un modelo comunitario realmente pueda sobrevivir.

JM|NS *Por ejemplo, ¿qué aspectos usted cree que deberían cambiar para que eso sea posible?*

MA Bueno, todo el sistema de salud. Yo creo que hay que hacer una modificación de fondo del sistema de salud. Yo creo que tiene que haber una voluntad política por apostar a un modelo comunitario. Y tiene que haber una atención a un problema mayúsculo que es la corrupción. Porque es que eso va de la mano, porque salud tiene mucha plata y de salud se saca mucha plata.

JM|NS *Digamos que en los cambios que se están proponiendo al sistema de salud que aún siguen en debate, ¿cree que permitiría que las políticas de salud mental puedan desarrollarse esos cambios propuestos?*

MA Es que no sé en qué va. Porque cada vez que la leo me lo cambian. Entonces yo en este momento opté por no, no sé en este momento. Me quedé con mucha preocupación la última vez que oí a las personas que están proponiendo la nueva política nacional de salud mental. Los oí muy perdidos. Los oí con deseos de cambiar las cosas, pero sin tener como una consistencia teórica importante. Entonces los vi como copiando mucho. O sea, la sola definición de salud mental me parece un despropósito. Es una cosa como de 30 renglones. Es una cosa, o sea...no se está entendiendo.

Entonces me parece que si empezamos desde ahí y además volviendo a hacer políticas que no se ligan con lo macro, no tiene éxito. Ya pasamos por ahí. La política de 1998, la primera política nacional de salud mental, es una política que tenía una concepción comunitaria, pero iba en toda la contravía de la política nacional de salud. O sea, no se encontraban. La política nacional de 2010, para mí es todavía un modelo que no despega. Y en parte no despega porque el MIAS fue modificado por el MAITE, y el MAITE tiene una concepción más económica que otra cosa.

JM|NS *¿Cree de pronto que existen los recursos humanos para que las políticas de salud mental puedan desarrollarse?*

MA Yo creo que sí. El problema es si el recurso humano se cree capaz de transformarse. Por ejemplo, ¿es posible que las personas que trabajan en hospitales mentales se percaten que pueden tener un trabajo extramuros? ¿Es posible que pensemos en el acompañamiento comunitario lejos de la seguridad de un consultorio? Puede que sí, el problema es si nos sentimos capaces de hacer ese movimiento. Ahora, los sitios donde sucedieron bajo unas condiciones muy especiales; en Trieste se alinearon los astros, pero eso no ha vuelto a pasar en ningún país. Ese es el problema.

JM|NS *¿Quisiera agregar alguna reflexión en torno al tema que estamos conversando?, ¿como a esas redes que tenemos en la actualidad en el campo de la salud mental?*

MA No, yo creo que el reto está en sobrevivir a pesar de los embates de los modelos neoliberales, de derecha hegemónica e individualistas. Yo creo que en la medida en la que sigamos sobreviviendo a contra carrera, en contravía de lo otro, se pueden generar algunos cambios. Me preocupa que la gente claudica después de mucho tiempo, la gente se termina aburriendo. Y entonces, pues no hay el músculo político ni económico para plantear esos cambios. Y como te dije, yo creo que eso es una cosa mundial. O sea, es un asunto no sólo local, sino a nivel mundial, qué somos tan permeables a esos cambios mundiales también. Entonces, no lo sé.

Bibliografía

1. Arboleda, M.A. (2014) *Relaciones de poder entre Agentes en la configuración del Campo de la Salud Mental. Estudio de caso: El Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle En Cali – Colombia*. [Tesis Doctoral], Buenos Aires: Universidad de Lanús
2. Arboleda Trujillo, María Adelaida. Psiquiatría en atención primaria. Experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle. En: Omar Alejandro Bravo. Editor. *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali: Editorial Universidad Icesi; 2016. p. 157-181.
3. Bourdieu, P. (2003). Los usos sociales de la ciencia. Por una sociología clínica del campo científico. Buenos Aires: Nueva Visión.
4. Castillo-Martell, H., & Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 326. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.

5. Castrillon Libreros, Diana; Arboleda Trujillo, Maria Adelaida. La Salud Mental Comunitaria en el Sistema de Salud Local, reto o utopía. En: Omar Alejandro Bravo. Editor. Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa. Cali: Editorial Icesi, 2023. Pág. 29-50 ISBN 978-628-7630-67-3
6. Climent, Carlos A. "A project for the delivery of primary mental health care (PMHC) to deprived populations (Documento mimeografiado) Santiago de Cali, Departamento de Psiquiatría, 1985
7. Climent, Carlos E. "Primary mental health care in deprived populations, Cali, Colombia". Draft. Kellogg International Fellowship Program in Health. Summary reports 1986 – 1989. Washington, June 22, 1989.
8. Corcho, D. C. (2017). El proceso de la ley estatutaria: La lucha por la hegemonía política del derecho a la salud en Colombia [Ponticia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/22338>
9. Daza-Cardona, L. F., & Arboleda-Trujillo, M. A. (2024). Síndrome de desgaste ocupacional en docentes y residentes de programas quirúrgicos de una universidad pública. *Revista Española de Educación Médica*, 5(4). <https://doi.org/10.6018/edumed.635891>
10. Desviat, M. & Fernandez Liria, A. (2000). Salud Mental comunitaria como estrategia o utopía. *Psiquiatría Pública*. 12(1), 7-8.
11. Desviat, M. (2020b). La reforma psiquiátrica. La Revolución Delirante.
12. Desviat, M. (2023) Actualidad, pasado y perspectiva de la salud mental comunitaria/colectiva. En: Omar Alejandro Bravo. Editor. Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa. Cali: Editorial Icesi, 2023. Pág. 11-26 ISBN 978-628-7630-67-3
13. Galende, E. (2013) Editorial. En: *Salud Mental y Comunidad*. Año 3, núm. 3, Buenos Aires, Argentina: Diciembre de 2013
14. Galende, E. (2015). Conocimiento y prácticas de salud mental. Lugar Editorial.

15. Gutierrez-Sourdis, Catalina. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Fedesarrollo.
16. Hernández-Carrillo, M., Gil, J. P., Londoño, R. A., Rojas, C. R., & Arboleda-Trujillo, M. A. (2021). Caracterización de la consulta de salud mental comunitaria de un centro de atención primaria en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.003>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Política Nacional de Salud Mental 2024-2033. Bogotá D.C. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf
18. Nussbaum, Martha C. (2012) Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades. 2da edición. Madrid: Katz Editores. ISBN 978-84-92946-17-4
19. República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” Bogotá, D.C.
20. República de Colombia. (2013, 21 de enero). Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones” Bogotá, D.C.
21. Stolkiner, Alicia. (2021) *Prácticas en Salud Mental*. 1 ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. ISBN: 978-987-538-843-7
22. Tizón JL. (2014). La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante [Primary care in mental health: concretizing patient-centered care]. *Aten Primaria*. 2000 Jun 30;26(2):111-9. Spanish. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78621-5.

Entrevista a Sandra Viviana Ríos Castañeda ^{*SR} (Colombia)

Entrevistador/a:

JM Jaider Andrés Mosquera Vargas
IV Isabella Vidal Bonilla

JM|IV *Nos gustaría conocer un poco más sobre su formación, sus temas de investigación y su trayectoria profesional.*

SR Bueno, yo soy médica, estudié medicina en la Universidad Libre y más o menos estando en segundo o tercer semestre de medicina, a partir de unas clases de comportamiento humano, empecé a tomar contacto con el discurso psicoanalítico. Tuve dos profesores psicoanalistas en ese periodo y a partir de allí me llamó mucho la atención todo lo que tenía que ver con el campo de la salud mental y específicamente el vínculo entre psicoanálisis y campo de la salud mental. Entonces, más o menos desde ese periodo, empecé mi psicoanálisis personal con un analista que se había formado en Francia y que era médico también. Y digamos que paralelo a la formación médica estaba haciendo mi análisis personal y empecé a acudir a espacios

académicos que tenían que ver con el campo de la salud mental. En ese entonces existía aquí en Cali una institución que se llamaba el CEIC (Centro Internacional de Investigación clínico-psicológica) que formó María Eugenia Colmenares, y entonces iba allí a algunas actividades que ellos programaban y proponían. Y cuando terminé la formación médica, mi interés era básicamente formarme como analista en Francia, pero por circunstancias personales y familiares no me pude ir. Entonces decidí presentarme a estudiar la especialización en psiquiatría de la Universidad del Valle y allí estuve tres años en formación. En esa formación uno está gran parte de la práctica clínica en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), en la unidad de salud mental del Hospital Universitario del Valle (HUV) y en el centro de atención primaria de Siloé. Allí en Siloé, en la rotación de segundo año, la docente era la doctora Arboleda y compartimos un interés mutuo por la salud mental comunitaria, específicamente por los planteamientos de dos autores: Jorge Luis Tizón un español que contribuyó al desarrollo de la red de atención primaria en salud mental comunitaria de Cataluña y Emiliano Galende, que había contribuido al desarrollo de la salud mental comunitaria en Argentina.

Entonces, durante esa rotación, en segundo año, hicimos adaptaciones a Colombia de algunos protocolos que ellos proponían para sus países. Ese fue el énfasis en ese periodo. Durante esa etapa también hice un diplomado en un modelo de atención psicosocial para poblaciones afectadas por la violencia, con el doctor Eduardo Botero, psicoanalista. Él trabajaba en ese momento en un proyecto de investigación con Colciencias, que surgió de su participación en una intervención psicosocial que se realizó con las víctimas de la masacre de Trujillo (Valle). A partir de ese periodo empecé a interesarme en la atención a personas afectadas por el conflicto armado en el contexto colombiano. Cuando terminé mi formación como psiquiatra, ingresé a trabajar al HDPUV. Fui psiquiatra de salas de hospitalización de agudos, luego consulta externa y estuve muchos años, como unos 10 años, en el servicio de urgencias del hospital psiquiátrico. Luego

estuve unos 2 años en la subgerencia científica del hospital y de ahí pasé a desarrollar la unidad de telepsiquiatría del hospital. En el 2021 decidí salir del hospital. Desde entonces estoy en mi consulta particular como psiquiatra, pero sobre todo como psicoanalista y como docente del departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle. Tengo a mi cargo el seminario de técnicas de entrevista en primer año, el de psicoterapia en segundo año con los residentes de psiquiatría y adicionalmente, en segundo año, en la rotación de psiquiatría comunitaria, tenemos un seminario de introducción a las ciencias sociales. Esto último me lleva a comentar algo adicional de mi formación. Cuando ya era psiquiatra, realicé una maestría en sociología en la Universidad del Valle e hice mi trabajo de investigación de la maestría sobre el proceso de apropiación y la historia del psicoanálisis en Cali desde 1962 hasta el año 2014. En esa tesis me acompañó como director de trabajo de grado, inicialmente un historiador, Renán Silva, y posteriormente un psicoanalista, John James Gómez, que hoy en día es doctor en psicología también. Y ahora estoy haciendo un doctorado en psicoanálisis en la Universidad de Antioquia; estoy en quinto semestre y la investigación que estoy haciendo es sobre la atención a sujetos víctimas del conflicto armado, específicamente afectados por el desplazamiento forzado. Busco establecer, cuáles son las consideraciones preliminares que se plantean desde el psicoanálisis para atender a sujetos que han vivido este tipo de experiencias y qué diferencias hay entre dicho abordaje y el planteado desde el enfoque psicosocial o desde la psiquiatría. Eso es más o menos como en síntesis mi información y mi recorrido.

JM|IV

¿Qué resultados o dificultades has encontrado con las poblaciones con las que has trabajado?

SR

Yo creo que con las poblaciones no he encontrado ninguna dificultad; la dificultad la he encontrado más bien con el sistema. Cuando te digo el sistema, son cosas que tienen que ver con el sistema de salud en términos de los principios que lo orientan, pero sobre todo con la gestión política y administrativa que

se encuentra en algunas instituciones públicas. A mí me ha interesado mucho estudiar el vínculo social, la organización de las instituciones, las condiciones en las que trabajan los profesionales en las instituciones y digamos que parte de lo que fue complejo de trabajar en el hospital psiquiátrico, es que me tocó vivir un periodo donde probablemente empiezan a primar los intereses económicos por encima de los resultados en salud y del criterio clínico. Entra todo este discurso de la productividad medida simplemente en términos de cuantas consultas se hacen por hora o cuantos pacientes se ven por hora y no en términos de resultados en salud que es realmente la orientación que nos lleva a nosotros a dedicarnos a esto: poder ayudar a otros sujetos en el marco de su malestar.

Fue un periodo donde ese discurso de lo económico y de la rentabilidad en salud empezó a ejercer mucha coacción sobre el trabajo que hacíamos y empecé a tener la sensación de que no podía hacer el trabajo como lo quería hacer y como pensaba éticamente que había que hacerlo. Inicialmente, traté de resistir a eso desde la acción política y desde la acción social, de proponer otras cosas. Como te conté, yo fui subgerente del hospital, participé durante un tiempo en la junta directiva del hospital y lo que proponíamos era cambiar el modelo del hospital a un modelo de salud mental comunitaria que tuviera por ejemplo unas unidades descentralizadas en un municipio del norte del valle otro en el centro del valle y el hospital psiquiátrico y brindar una atención orientada por los principios de la salud mental comunitaria territorial, centrada en la comunidad con gestión de las propias poblaciones sobre su salud y sobre el malestar, pero me encontré con muchas barreras políticas y económicas para sacar eso adelante y la gerente del hospital en ese momento y gran parte del personal del hospital estaba muy alineada con esta idea de la rentabilidad económica.

Allí hay que ser bastantes críticos porque estamos en una Empresa Social del Estado, que por definición es una entidad pública en la que debe primar la rentabilidad social y no necesari-

riamente, los intereses económicos. Eso no quiere decir que yo no considere que hay que lograr un equilibrio económico para que las cosas se puedan sostener a mediano o a largo plazo, pero siempre guardando un equilibrio con la tarea en salud que hay que hacer. Por lo tanto, te diría que los obstáculos me los he encontrado más en términos de intereses políticos, económicos y cierta visión que tienen del sistema; pero pienso que hay recursos económicos y hay recursos técnicos para hacer las cosas de una manera que de verdad favorezca a la población. Me parece que ahí hay un trasfondo de ideología política y de interpretación de la política pública en Colombia

JM|IV ***Volviendo un poco a eso, en ese momento o ahora, ¿qué condiciones encontrabas para desarrollar su trabajo desde esa perspectiva? y en tu contexto, si puedes puntualizar las dificultades de orden político e institucional respecto a esto.***

SR Pues lo primero es que los secretarios de salud, los gerentes de hospitales, están alineados ideológicamente con la idea de la rentabilidad económica. Ellos tienen que proyectar los planes de desarrollo del departamento y de las instituciones, cuando les propones un plan de desarrollo que introduzca un modelo en el que hay que pensarse la rentabilidad económica de una manera más compleja, no lo jalonan mucho y son finalmente ellos los tomadores de decisiones, los ordenadores del gasto público. Yo te diría que el primer gran obstáculo es un obstáculo ideológico, de alienación ideológica respecto a lo que hay que hacer en política pública. El segundo obstáculo, tiene que ver como ustedes saben, con que hace un tiempo las poblaciones están amparadas por unas empresas que son las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y son ellas las que pagan los servicios a los hospitales y esas EPS o los gestores de esas EPS tienen una visión muy simplificada de lo que se puede hacer en el campo de la salud mental. Te voy a poner un ejemplo: el hospital tuvo durante mucho tiempo un programa que se llamaba Programa de Atención Domiciliaria. En ese programa se habían incluido pacientes que, haciendo un estudio, eran las personas que con

más frecuencia requerían hospitalización. Venían en enero y los hospitalizaban y en marzo estaban otra vez en hospitalización, tenían cuatro o cinco hospitalizaciones al año. Eso, en términos de resultados en salud, indica que algo no está funcionando bien. Para esa población se propuso un modelo en el que los visitaba en la casa, una vez al mes, un equipo integrado por una enfermera y un terapeuta ocupacional con énfasis en intervención basada en comunidad. Además, tenían cada tres meses control con el psiquiatra. Con solo ofrecerles eso: ir hasta la casa, mirar que se estén tomando el medicamento, hacer unas actividades de educación con la familia, hizo que esos pacientes pasaran de cinco o seis hospitalizaciones al año a ninguna en cinco o diez años y eso en términos de resultados en salud y resultados para el bienestar de esas personas, es un resultado muy significativo.

Inicialmente, el valor de ese servicio lo pagaba la Secretaría de Salud departamental, pero cuando esta población pasó a que su servicio lo tenía que cubrir una EPS, a estos no les interesó cubrirla, porque la actividad en sí era más costosa que una hospitalización. Solo veían el costo en el momento y no que el costo se reducía al disminuir el número de hospitalizaciones a largo plazo. Si comparo las dos actividades una a una en este momento, claro, esta es más costosa, pero si proyectas el costo a largo plazo, la atención domiciliaria termina siendo más económica y conlleva mejores resultados en salud. Pero los gestores son a veces tan simples en la reflexión que solo ven el costo del momento, entonces decían: “no les voy a comprar esa actividad”, y se dejó de hacer, y esos pacientes efectivamente volvieron a requerir hospitalizaciones año tras año. En síntesis, te diría que los obstáculos más grandes son ideológicos, económicos y que los gestores en salud tienen la mayoría, una visión muy simplificada de lo que es reducir un costo. Por otro lado, creo que indiscutiblemente la población que se atiende en los hospitales, es una población que (según algunos estudios en los que participé con el Centro de Investigaciones Sociales y

Económicas de la Universidad del Valle) tiene más necesidades básicas insatisfechas, o sea, son personas que tienen problemas de alimentación, de vivienda, de infraestructura sanitaria, que tienen un solo cuidador. A veces si tienes una persona con “trastorno mental grave” y hay un solo cuidador que a la vez trabaja. Si esta persona presenta algún síntoma, para el cuidador es más fácil llevarlo a hospitalización que tenerlo en casa, porque él no tiene quien lo apoye en las labores de cuidado.

También hay unas condiciones estructurales económicas y sociales que hacen que para estas personas sea más difícil gestionar su propia salud, requieren otro tipo de apoyos del Estado y, como te dije, los recursos en salud son limitados. Ahí creo que tendría que haber una inversión de otros sectores diferentes al sector salud: el cultural, el educativo, el económico, o sea, generar otro tipo de infraestructura para ayudar a estas poblaciones que son más vulnerables.

JM|IV *Por otro lado, ¿consideras que las personas que trabajan en el ámbito de salud en tu contexto tienen la formación y la disposición necesarias para hacerlo o si esta capacidad o ausencia influye también el trabajo interdisciplinario?*

SR Yo creo que hay muchas cosas por mejorar en términos curriculares, creo que hay ... por ejemplo, te voy a hablar de las formaciones que conozco más de cerca, que son las de psiquiatría y las de psicología en las que he participado en programas de pregrado de ambas carreras, creo que la oportunidad de aprendizaje en los espacios clínicos y comunitarios que tienen es excepcional, o sea, creo que el hospital psiquiátrico por ejemplo, como sitio de rotación o el centro de salud de Siloé o la unidad de salud mental del Hospital Universitario del Valle, son lugares excepcionales para aprender. Allí se puede encontrar uno con toda la experiencia del sufrimiento humano con su máximo rigor, de lo más simple a lo más complejo. Entonces, en términos de posibilidad de aprendizaje clínico, me parece que hay un espacio riquísimo y eso hay que conservarlo. Pienso

que eso hay que complementarlo con una forma de fortalecer la formación teórica y clínica en psicopatología. Sin embargo, algo que vengo viendo yo, en estos 20 años que he participado formando médicos, psicólogos y psiquiatras, es que con el posicionamiento del DSM IV y del DSM V como clasificaciones hegemónicas, se ha reducido el estudio de la psicopatología al estudio de esas clasificaciones y la psicopatología es mucho más que eso.

Por esta razón, hoy en día vale la pena volver a integrar algunas perspectivas críticas de psicopatología en la formación. Te doy dos ejemplos, la escuela de Cambridge tiene tal vez una de las personas más fuertes en el estudio de psicopatología que es Germán Berríos, que ha combinado el estudio de historia de la psicopatología, epistemología de la psiquiatría y la clínica y que tiene una visión mucho más compleja de la psicopatología que reducirla a las clasificaciones del DSM, u otra vertiente, que es una vertiente española que se llama La Otra Psiquiatría que también, junto con un historiador que se llama Rafael Huertas, tienen un estudio de la psicopatología que se ilumina por esas tres lámparas: historia, clínica, epistemología y ellos la complementan con el psicoanálisis. De manera que creo que hay que fortalecer o volver al fortalecimiento de los estudios de psicopatología, tanto en psicología como en psiquiatría, con una perspectiva más crítica de la psicopatología en esa dimensión. La segunda dimensión, que nosotros hemos intentado integrar, pero que hay que fortalecer para que no sea solo en la escuela de la Universidad del Valle, sino también en otras, es la complementariedad con el estudio de las ciencias sociales y cómo integrar el aporte que las ciencias sociales han hecho respecto a las condiciones sociales del sufrimiento psíquico y de las personas con sufrimiento psíquico y allí hablo de antropología, de sociología, de historia, incluso de la economía. Por ejemplo, revisar todo lo que contribuye el estudio de un texto de Erving Goffman que se llama Asilos o Internados, que habla de las condiciones sociales de las personas hospitalizadas, o

todos los trabajos de Michel Foucault en torno a la historia del cuidado y del poder psiquiátrico, o los estudios de Rafael Huertas sobre historia cultural de la enfermedad mental o algo que ellos llaman la historia en primera persona, y hay algo que se llama los *mad studies*, que es devolverle la palabra a las personas con sufrimiento psíquico y aprender de su propia experiencia alrededor del sufrimiento psíquico o lo que algunos llaman trastorno o enfermedad mental. Eso sería la segunda vertiente. Y la tercera vertiente, que me parece que hay que fortalecer, es todo lo que tiene que ver con el propio trabajo sobre las herramientas intrapsíquicas de los psicólogos y de los psiquiatras, el trabajo en su propio análisis y supervisión o control de sus casos, el cuidado de su propia salud mental en el marco de la atención en salud. Me parece que si no hay un trabajo sobre uno mismo, es muy difícil volver las propias capacidades psicológicas, un recurso, y definitivamente estos son los profesionales que requieren de los recursos psicológicos propios para poder trabajar con otros. Esas son las tres áreas que pienso que hay que fortalecer.

JM|IV ¿Cómo definirías tú a la salud mental?

SR Mira que el año pasado, en el Seminario Latinoamericano de Psicoanálisis, me hicieron la siguiente pregunta: ¿existe la salud mental? Era la pregunta con la que nos invitaban a participar allí. Pienso que la salud mental como ideal, como condición ideal de una persona, no existe, o sea, me parece que es una idealización de la condición de vida de un ser humano. Pienso que la salud mental existe como campo, como lo decías tú, como un campo social donde participan diversos tipos de agentes sociales: los profesionales de salud, los profesionales del campo *psí*, psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, personas que tienen un sufrimiento psíquico y diversidad de instituciones sociales, el sistema educativo, el sistema económico, la infraestructura sanitaria, la recreación, la cultura. Pienso que es un campo social donde hay muchos

agentes participando y donde hay cada vez más tecnologías e infraestructuras dedicadas a promover eso que, como ideal, denominamos “salud mental”. Te preciso por qué creo que la salud mental como condición ideal de bienestar no existe. He tratado de rastrear las definiciones de salud mental desde los años 50’, viene del movimiento de higiene mental de Estados Unidos, y siempre la definición tiene un carácter utópico, ideal, como un estado, luego como algo dinámico pero de completo bienestar, y ahí yo creo que me sale la vertiente psicoanalítica de mi formación y es que desde la vertiente psicoanalítica no tenemos la idea de que el ser humano siempre está buscando su bienestar. Hay una noción del psicoanálisis, la noción de goce, que nos habla de que también los seres humanos a veces buscamos lo que nos hace mal y que si no integramos esa vertiente, somos un poco ingenuos en la aproximación a los sujetos. Te pongo un ejemplo: yo creo que hay suficiente información de que el cigarrillo hace daño y eso no hace que la gente deje de fumar. Hay suficiente información de que es bueno para la salud física y la gente sigue haciendo cosas que sabe que “no le hacen bien”. ¿Cómo integrar una perspectiva que nos ayude a comprender que es lo que hace que los seres humanos busquemos nuestro mal?, pongámoslo en ese sentido, o ¿cómo integrar una vertiente que nos permita pensar que no todo marcha, que hay algo que falla, que hay algo que nos lleva a repetir lo que nos es doloroso? Pensemos en cuántas veces un amigo, una persona cercana, nos dice “uy, ¿por qué será que yo siempre me meto en las relaciones que me hacen daño?”, o “¿por qué será que yo siempre me meto con personas de estas características?”. Luego, ¿cómo integrar una vertiente que nos ayude a entender qué hace que un sujeto busque relaciones en las que encuentre malestar?

Por lo tanto, ante esa salud mental como condición ideal, te diría: hay que pensar en diversas dimensiones de lo humano. A veces hacemos cosas que conducen o que están orientadas por el principio del placer, pero hay otras veces que están orientadas

más bien por la pulsión de muerte, por algo que insiste, que no es siempre equilibrado. En conclusión, te planteo que como condición ideal no existe, pero como campo sí, integrando esta perspectiva crítica, o esta dimensión de lo humano.

JM|IV *Sí, sí, lo entiendo perfectamente. Otra cuestión es: ¿cómo consideras que operan los aspectos económicos, políticos y culturales en la salud mental de una población?*

VSR oy a utilizar la expresión técnica: son determinantes sociales, o sea, son fundamentales, y si integramos allí el modelo, la noción de interseccionalidad, pues vamos a entender que si una persona tiene una vulnerabilidad desde el punto de vista de su “raza”, de su género, de su clase, pues hay una suma de vulnerabilidades que lo localizan en posiciones donde es más difícil gestionar la salud mental. Por lo tanto, para que haya unas mínimas condiciones de bienestar, todos estos determinantes sociales deben posibilitar que una persona esté en una posición desde donde él pueda gestionar. Ahora, si bien pienso que estos determinantes estructurales son fundamentales, sí tengo la perspectiva de que también somos agentes de nuestra propia experiencia, o sea, que estas condiciones sociales no nos determinan absolutamente, sino que también hay una agencia, una capacidad de cada individuo de interactuar con lo social. Y lo otro que agregaría allí es que, lo individual y lo social no son dos cosas opuestas. Lo social también está en mi interior, cada uno hace parte de lo social; es necesario trascender esa falsa oposición entre individuo y sociedad. Lo que llamamos lo social, o la sociedad, ya está en mí, en la medida en que en el proceso de socialización me lo transmitieron y lo apropié, pero también hay ciertas condiciones materiales de la sociedad frente a las cuales yo tengo agencia, tengo capacidad de movilización.

JM|IV *¿Cómo consideras que el auge actual de estas denominadas nuevas derechas y sus discursos de odio contribuyen también a estas afectaciones?*

SR

En primer lugar, está afectando mi “salud mental”, entonces creo que sí. Me parece que de todas maneras, desde la perspectiva de la construcción de lo público y de la capacidad de escuchar a sujetos con múltiples dificultades, quienes trabajamos en el campo de la salud mental como clínicos, debemos tener una neutralidad. Como ciudadanos, indiscutiblemente tendremos ideologías e intereses, pero como clínicos tenemos que conservar la capacidad de escuchar a todos desde la neutralidad. Y me parece que, como investigadores sociales, tenemos la responsabilidad de tratar de entender qué es lo que ha pasado, cuáles son los determinantes sociales de este auge de las derechas, cómo entenderlo. A partir de una conversación que tenía con alguien alrededor de la preocupación que nos genera esto, pienso que estamos en un momento oscuro en términos de la realidad social y que definitivamente este discurso de odio, sí genera más polarización, más conflicto, más inequidad y que esos tres determinantes, terminan afectando la “salud mental” de todos, incluso de los que reproducen los discursos de derecha, sin que ellos se percaten. Por lo tanto, sí creo que afecta y creo que si no promovemos oportunamente una reflexión sobre todo eso, esto puede que se salga de las manos, en términos de la posibilidad de contenerlo.

Ahora, sí me parece que las izquierdas y que el pensamiento progresista también se debe preguntar qué es lo que ha pasado, qué es lo que ha estado pasando para que esta polarización se dé, o sea, si hay algo de responsabilidad social que tenemos también desde la izquierda y desde el progresismo para que esto haya tomado ese auge. Me parece que sería muy fácil decir: hay unos villanos y hay unos buenos, y esto es culpa de los villanos. Me pregunto: ¿cómo todos los que hemos vivido en la vida social en los últimos años, de una u otra manera, hemos participado en que esto tome este curso? Hay que partir de la aceptación de la responsabilidad propia y de mirar qué es lo que hay que reenfocar. Pero indiscutiblemente, sí, pienso que es algo que va a afectar la “salud mental” directamente, porque es un discurso que te toca todos los días por los medios de comunicación, en

las interacciones cotidianas. Y por el otro lado, porque tiene una incidencia en la política pública que va a hacer que aquellas poblaciones más vulnerables a las cuales el Estado tendría que ayudar a equilibrar sus condiciones estructurales, pues quedan cada vez más desamparadas. Y hay indicadores muy claros de que entre más inequidad social, más conflicto social. En consecuencia, por las dos vías, tanto por la vía directa de este discurso, como por las implicaciones que tiene en la política pública para proteger o equilibrar las condiciones de los más vulnerables.

JM|IV *¿Consideras que las políticas neoliberales en su defensa a ultranza del individualismo y el éxito como basado en el esfuerzo personal pueden también afectar a la salud mental?*

SR Completamente, sí. Y creo que indiscutiblemente tienen que ver en este resurgimiento de las ideologías extremas de derecha. Por ejemplo, lo que te decía de mi experiencia en el hospital, de la experiencia con lo económico y con lo político. Pues claramente, la ideología que está ahí de fondo es una ideología económica neoliberal, que solo piensa en la rentabilidad económica, sin pensar en los sujetos y en cómo colectivamente y comunitariamente debemos cuidarnos los unos a los otros. Lo viví directamente, en mi experiencia en el hospital, lo que marca el mayor obstáculo para tener mejores resultados en salud mental comunitaria, es una ideología neoliberal primando en la administración del recurso público.

JM|IV *Fuera de estos aspectos mencionados, ¿habría otros desafíos que considere que enfrenta la salud mental actualmente?*

SR Sí, una experiencia que he tenido en medio del doctorado es que observo mucha dificultad para que discursos que incluso uno pensaría cercanos, conversen y dialoguen entre sí y comprendan que son puntos de vista que no arrojan toda la verdad sobre lo social o sobre la “salud mental” de un individuo, sino que son una perspectiva de la realidad y que nos necesitamos los unos a los otros para comprender la complejidad del ser humano. Por ejemplo, veo dificultad para poner a dialogar el psicoanálisis,

las ciencias sociales, las ciencias biológicas y participar en la construcción de dispositivos que ayuden al cuidado de otros teniendo una visión más compleja. Siento que sigue habiendo una pelea por el propio territorio, por el propio objeto de la investigación, por la propia disciplina y muchas dificultades para conversar entre diferentes disciplinas para construir dispositivos de atención que piensen la complejidad de lo humano. Pienso que ahí sigue habiendo un desafío grandísimo y mira que te estoy hablando incluso de disciplinas que cuando empecé en la formación sentía muy cercanas. Cuando entré a estudiar sociología, lo hice en parte porque Jacques Lacan, que era un psicoanalista cuya enseñanza me interesaba mucho, había tenido unos trabajos en los que dialogaba con varios autores de las ciencias sociales como Durkheim, Levi-Strauss y la relación con el estructuralismo. En ese entonces, percibía el psicoanálisis muy cercano a las ciencias sociales y hoy en día, que estoy haciendo un trabajo de investigación en el que tengo que poner a conversar los dos discursos, veo a los psicoanalistas peleando con el discurso de los científicos sociales. De manera que hay un desafío y un obstáculo todavía grande para poder crear dispositivos que aborden la complejidad del humano.

JM|IV *¿Cuáles serían las respuestas posibles desde los aspectos teóricos, técnicos, institucionales y políticos a estas dificultades?*

SR Bueno, pienso que hay que pensar, primero desde la formación, que hay unas acciones que hay que hacer directamente en los dispositivos que están funcionando actualmente, pero que sobre todo hay que trabajar en la formación de los nuevos profesionales para integrar propuestas curriculares que vayan orientadas a modificar los puntos débiles que te señalé. Y que integren de una vez una formación que, desde el pregrado, considere lo multidisciplinario. Me explico: hay que formar en psicopatología crítica, hay que hacer trabajo sobre la propia salud mental, la supervisión, el trabajo de los profesionales y la experiencia clínica. Desde la formación de pregrado, poner a dialogar a los estudiantes de psicología, a los residentes de

psiquiatría, a los sociólogos, antropólogos, para que haya desde allí una formación que encadene las diferentes visiones. Hay que hacer reformas curriculares que piensen transdisciplinariamente, digámoslo en esos términos. Por otro lado, que tengamos algo así como una escuela de formación política en términos de la responsabilidad que tenemos como ciudadanos de interactuar con estos tomadores de decisiones, con los que orientan la política pública, para poder transmitir una visión diferente de lo que puede dar resultados en el campo de la salud mental. Cuestionar esa idea de que lo político no me toca, que “eso no tiene que ver conmigo” y pensar que hay unas acciones que hay que hacer desde lo clínico, pero también unas acciones que hay que hacer desde lo político, de incidencia en los sectores políticos y en los sectores que toman decisiones.

Bueno, yo quisiera hablar un poco de esto de la formación acerca de la salud mental, creo que tú ya has mencionado unos puntos que son importantes. Has mencionado que hay como tres áreas que tú consideras que hay que fortalecer.

JM|IV *Con esto último que tú comentas también sobre lo de la formación política, quisiera saber si estos aspectos éticos y políticos involucrados pueden ser enseñados o si hacen parte de una característica previa de cada persona.*

SR Más que enseñado, pueden ser contruidos, pueden ser reflexionados. Yo no creo mucho en la enseñanza, en que uno le enseñe algo a otro. Uno acompaña a otro en su formación. Y si bien todos tenemos una biografía social y cultural, a todos nos han transmitido algo, por ejemplo, todos tenemos desde nuestra familia y nuestro proceso de socialización una relación con las condiciones étnicas y raciales, con las condiciones de género, con las condiciones de clase social. Hay algo ahí que viene desde nuestra formación en la familia. Pero si pensamos en la sociología y en las ciencias sociales, pensemos en el psicoanálisis también en ese sentido, como una forma de conciencia, como una forma de tomar conciencia de eso que nos determina

socialmente; yo sí pienso que en los espacios curriculares puede haber espacios de reflexión en torno a eso que ya traemos.

Y digo, enseñanza no, sino una reflexión, por ejemplo, si hay alguien... supongamos, yo soy atea, soy una profesora atea, pero tengo un seminario de introducción a las ciencias sociales donde uno de los temas que revisamos es sistemas de creencias, y revisamos unos autores que han estudiado esto desde las ciencias sociales. El texto está allí, pero la reflexión que puede traer un estudiante que es católico, otro que es cristiano, otro que es judío, otro que es budista, a partir de su propia experiencia personal, reflexionando en torno a un texto, nos ayuda a construir una reflexión sobre los sistemas de creencias. Y, por ejemplo, entender cuál es el lugar que pueden tener esas creencias en sistemas de apoyo comunitario, cuándo un sistema de creencias puede ser apoyo o cuándo puede aumentar el riesgo para una población. Por lo tanto, te diría que sí, que estos elementos que tienen que ver con nuestra formación en lo que son las categorías básicas de las ciencias sociales, vienen desde la familia, pero siempre lo que uno trae puede ser pasado por la reflexión, por una reflexión respetuosa y por el pensamiento crítico frente a eso que nos constituye.

JM|IV *También con respecto a la formación en salud mental, decías que tú consideras que es importante reforzar esa formación teórica y clínica en la psicopatología, esto teniendo en cuenta una mirada crítica sobre ella. ¿Qué otras teorías y disciplinas deberían ser parte de esta formación?*

SR Se los decía, y tal vez es por la influencia que tengo actualmente de dos escuelas que parecen opuestas, que son la Otra Psiquiatría y la de Cambridge, que utilizan tres faros para estudiar la psicopatología: historia, clínica y epistemología. ¿Por qué esos tres? Primero, para entender este auge de las clasificaciones DSM, CIE-10, ¿cuáles son los factores políticos y económicos que han determinado estas categorías?, ¿qué hay ahí en juego? Por ejemplo, la influencia de la industria farmacéutica. Y poder ir

a la historia de la psicopatología, que es una historia reciente del siglo XIX para acá, y tratar de entender cómo fue que fuimos construyendo estos modelos de psicopatología y entender que es a partir de estos modelos que intentamos aprender una realidad que se nos escapa. Por lo tanto, no hay un modelo que abarque todo, poder entender los diferentes modelos y la manera en que nos ayudan a comprender cuándo un sujeto sufre. A la historia se recurre, con esta perspectiva crítica, no se trata de ir al pasado porque todo lo anterior es mejor, sino ir entendiendo cómo se fueron constituyendo estas categorías, en qué contexto social e histórico, entender las actuales y poder tener una perspectiva crítica frente a ellas. No pensar que son categorías naturales, por ejemplo, la categoría de trastorno de adaptación, como si una condición natural existiera. Eso es una invención nuestra para tratar de poner en un grupo una cosa que tiene que ver con las reacciones de un sujeto a las condiciones que le presenta la vida.

Se trata pues, de poder tener esa perspectiva crítica para no naturalizar estas clasificaciones y entender todo lo que puede haber en juego en el auge de estas clasificaciones, eso por un lado. Por el otro, la epistemología en el sentido de entender cómo se construyen esas categorías, cuáles son los fundamentos empíricos y teóricos que hay detrás de ellas. Y tercero, la clínica en el sentido de que la psicopatología no está acabada. Hay gente que habla de los nuevos síntomas o el nuevo sufrimiento psíquico, cómo entender que cada época nos puede traer nuevas expresiones de sufrimiento que antes no han sido descritas, consideradas, clasificadas. La psicopatología está siempre en construcción. Entonces, esos tres faros de reflexión me parecen claves.

JM|IV

Hablando un poco sobre los aspectos prácticos de una intervención en salud mental, ¿cuánto de esto puede ser enseñado y cuánto depende la capacidad creativa de quien pretende desempeñarse en este campo?

SR

Pienso que es fundamental una formación que integre elementos teóricos, prácticos, supervisión y acompañamiento. O sea, que a la invención hay que tenerla en cuenta y tiene que hacer parte de los recursos, ya te voy a decir por qué me parece tan importante. Pero indiscutiblemente también aprendemos de lo que han hecho otros en otros momentos históricos y en otros contextos culturales. Y que eso nos llega a veces por vía de la lectura, a veces por la posibilidad de estar en esos otros espacios o a veces porque hay un profesor nuestro que ha tenido la posibilidad de vivir esa experiencia y nos la transmite. Hay elementos que pueden ser transmitidos en una formación, y que ya en el enfrentamiento de una situación de salud mental, de un individuo o de una comunidad, todo ese acervo teórico está ahí de fondo, pero también está lo que construyas directamente con esa comunidad. Y eso parte de las posibilidades, eso cuenta con las posibilidades de invención, de creación y de movilización de los propios recursos de ese individuo y de esa comunidad.

Hay una noción de Jacques Lacan del final de su enseñanza, que es el *sinthome*. Y tiene que ver un poco con que yo vengo con un malestar, he tenido una serie de situaciones en las que identifico que sufro. Bueno, yo qué invento desde mis propios recursos para pasar ese malestar a una cosa más vivible, y hay muchas experiencias humanas que nos enseñan de eso. Por ejemplo, Lacan aprendió de eso, del *sinthome*, a partir de la experiencia de un escritor que fue James Joyce, el escritor de Ulises, que tuvo una hija con diagnóstico de esquizofrenia y que muchos dicen que él era un psicótico, pero nunca estuvo ni hospitalizado ni en tratamiento. Usó la escritura, como eso que lo ayudó a no desencadenarse, a no terminar hospitalizado. Entonces, tenemos una parte teórica, reflexiva, una experiencia, pero el estudiante, en el proceso de formación o la persona o la comunidad que estamos ayudando, ¿cómo moviliza sus propios recursos?, ¿qué inventa a partir de eso que se tiene de base? ¿Qué crea? En consecuencia, me parece que se necesitan fundamentos y además, invención y creación.

JM|IV *¿Cómo se construye y se torna hegemónica una política en salud mental?*

SR Considero que, de todas maneras, quienes tienen ambiciones de poder están más interesados en situarse en esa posición que los que no. Puede sonar ingenuo lo que te voy a decir, pero es como, si yo tengo una ambición de poder, pongo más recursos de mi parte para situarme en esa posición de poder que los que no tienen ambiciones de poder. Y me parece que los que no tienen ambiciones, o los que no tenemos ambiciones de poder, cedemos demasiado espacio a los que sí en ese sentido. Te pongo un ejemplo: probablemente yo hoy en día no haga parte de una psiquiatría hegemónica, en el sentido de pensar que la hegemónica es la neurobiológica. Y yo veo que mis colegas que están más interesados en eso van más a congresos, exponen, intervienen más en el espacio público, se hacen más visibles por otros medios que yo. El problema no son solo ellos que se hacen tan visibles, es el poco interés que a mí me caracteriza para hacerme visible en esos espacios.

Me parece que en los que tienen poder hay una intención de gestión y de exponerse que hace que los que no, estén en una desventaja en términos de participación, pero que también sería una responsabilidad gestionar. Desde lo no hegemónico, hacerse oír, crear espacios donde haya otro discurso presente. Y lo otro, es que creo que en Colombia, no podría hablar de otros espacios en el mundo, y especialmente en el departamento del Valle del Cauca, llevamos varios años en un matrimonio entre cierto sector político y el sector de la salud. Y ese sector político ha hecho del sector de la salud, y dentro de eso de la salud mental, su fortín electoral. De manera que, les interesa mantener unas condiciones para el interés particular y para el poder político. Te pongo un ejemplo: esto te lo puedo hablar por experiencia propia, en el hospital psiquiátrico se logró que la planta de personal fuera una planta que estuviera nombrada por concurso de mérito público y que los profesionales todos tuvieran estabilidad laboral y fueran profesionales de carrera

pública a partir de su concurso y sus méritos. Hubo un momento en que llegó alguien del sector político a gerenciar el hospital y dijo: esto no me conviene, porque si esos profesionales, en lugar de tener estabilidad laboral, su puesto depende de que yo se los dé, yo los puedo coaccionar para que voten en las elecciones de determinada manera. Eso que te estoy diciendo que pasa en el hospital, pasa en la mayoría de los hospitales públicos en el Valle del Cauca. Así que se creó una figura de contratación de los profesionales a partir de empresas de servicios temporales, lo que se llama la “tercerización”; esto tiene que ver un poco con la política neoliberal de la que hablaba ahora con tu compañera. Por ende, estos son profesionales que siempre están en condiciones de precariedad frente a su trabajo y que quien tiene el poder hegemónico puede ejercer más coacción sobre ellos.

Hay una serie de mecanismos de reproducción del poder hegemónico para mantener el control. Es con relación a esto, que les decía que tenemos que tener una estrategia de formación política. Es decir, desde que nos estamos formando en pregrado, debemos empezar a enterarnos de este tipo de hechos, para poder tomar posiciones como ciudadanos. Cuando elegimos, cuando votamos, cuando se está discutiendo un plan de salud, cuando hay una rendición de cuentas de un hospital, ¿cómo hacernos partícipes de que no se siga reproduciendo el mismo modelo?

JM|IV ***En esta construcción de las políticas en salud mental, ¿quiénes deberían hacer parte de la misma?***

SR Es decir, instituciones, disciplinas, sectores sociales, políticos, entre otros. Un problema que observo es cómo se piensan los recursos del sistema de salud. Hoy en día se piensa que esos recursos solo deben provenir de salud, del sector salud. Me explico, si tenemos unos determinantes sociales de la salud y decimos, bueno, en esos determinantes influyen la vivienda, el espacio público, la educación, el comercio, el deporte, la cultura, todas las carteras en términos de ministerio deberían participar,

con ideas y con recursos de toda índole en la construcción de una política pública en el campo de la salud, porque la salud no solo son recursos de atención en el sistema de salud, es todas estas condiciones humanas estructurales que necesita alguien para vivir bien, y en eso participan todas las carteras. Por lo tanto, te diría que, como en ninguna otra de las carteras de un país, en salud deberían participar todas, y desde todas ir contribuyendo a una política pública.

Por ejemplo, ¿qué le vamos a ofrecer a la población en términos de recreación y deporte para que haya mejores condiciones? ¿Qué le vamos a ofrecer a la población en términos de espacio público? ¿Qué le vamos a ofrecer a la población en términos de acceso a la educación? Todas esas cosas contribuyen a que podamos tener bienestar todos. Por un lado, creo que deben participar todas las carteras ministeriales, no solo con ideas, sino también con recursos, incluso recursos económicos y materiales de las propias carteras. Por otro lado, creo que debemos participar como población civil, o sea una cosa es que yo participe como ciudadano, como funcionario de algunas otras instituciones, pero me parece que es muy importante la población civil, los usuarios de los servicios, las personas de los barrios, los estudiantes de las universidades, el sector civil y profesionales de diferentes disciplinas, tanto de las disciplinas de orientación más neurocientífica o biológica, como de las ciencias sociales y de las ciencias humanas.

JM|IV *Sobre esto que mencionaste sobre la posición ciudadana, sobre ese interrogante de cómo hacerlos partícipes en la construcción de una política en salud mental quisiera ampliar un poco esto que se está hablando sobre cuál es el lugar de la comunidad en la elaboración, sostenimiento y ejecución de una política en salud mental.*

SR Hay que partir de ahí, ellos son la base. Si fuéramos consecuentes con cómo se piensa la salud mental desde lo comunitario, tendría que ser la base técnica para esa construcción, tendría

que ser la base. Ahora tratemos de pensarlo en sentido práctico, cómo construir esas bases. Porque lo que es importante para la comunidad urbana de Cali, puede que no sea lo más importante para la comunidad indígena Nasa del Cauca. Por lo tanto, ¿cómo hacer un trabajo de participación social desde pequeñas comunidades que vaya construyendo cosas progresivamente para una política nacional? Creo que hay que trabajar con los sectores de base.

JM|IV *¿Crees que es posible sostener iniciativas vinculadas a este campo de saber e intervención en contextos institucionales y políticos contrarios a las mismas?*

SR Por ejemplo, los hospitales psiquiátricos, instituciones privadas de salud, entre otras. Creo que todas estas instituciones en su interior podrían tener políticas de salud mental comunitaria, o sea, que la institución *per se* no es contraria. Te pongo un ejemplo: yo puedo estar en una institución privada, yo puedo estudiar en ICESI, e ICESI ya es una comunidad que podría estar orientada por principios de salud mental comunitaria y de gestión del bienestar. Entonces, no creo que necesariamente lo privado vaya en contra de la gestión comunitaria y colectiva. Pero claro, dentro de lo privado puede haber orientaciones que vayan muy hacia lo individual y sálvese quien pueda y sálvese el más fuerte, pero también puede haber orientaciones más redistributivas; para que haya crecimiento económico tenemos que crecer todos. Así que no creo que haya instituciones que *per se* vayan en contra de la política de salud mental comunitaria, creo que en todas se debería hacer un trabajo de salud mental comunitaria.

JM|IV *Ya para volver a centrarnos un poco más en el contexto colombiano y en el de Cali en particular quería preguntarte si es posible desarrollar una política y acciones de salud mental en este modelo de salud actual que tenemos y en caso de que no sea posible, ¿qué se debería cambiar para que sí lo fuera?*

SR

Yo estoy de acuerdo en que es necesaria una reforma a la salud. Me parece que uno de los resultados que no se han logrado con el gobierno actual, en el que teníamos mucha esperanza, era una reforma a la salud. Con el modelo actual no es posible pensar en salud mental comunitaria o en un modelo de salud mental comunitaria, y que la reforma tendría que ir orientada precisamente a eso, a un modelo que parta de la atención primaria, de la salud mental comunitaria y de ahí crecer. Y definitivamente creo que no lo va a lograr este gobierno. Yo creo que de todas maneras hay un problema de gestión del gobierno actual, que sí lo ha habido, pero creo que también hay un problema colectivo del país en términos de mezquindad, o sea, yo te decía hace un rato, para que conectemos temas, si el sector político y económico del Valle del Cauca saca cierta rentabilidad de cómo funciona el sistema de salud, ellos no querrán que cambie, y como tienen participación política en el Senado, pues ponen todas las trabas para que la reforma a la salud no se dé. En consecuencia, creo que estamos muy lejos de lograr un acuerdo en el que diferentes sectores de la población converjan en la necesidad de una reforma a la salud y creo que, como está el modelo actual, es muy difícil hacer salud mental comunitaria

JM|IV

Sobre los cambios que se han propuesto en el sistema de salud, que aún siguen en debate, en caso tal de que se pudieran llevar a cabo estas reformas ¿existirían los recursos humanos para esto?

SR

Yo creo que hay que hacer mucho trabajo de fortalecimiento del recurso humano; por eso te hablaba de unas reformas curriculares, porque los profesionales se están formando ahora para responder al modelo de salud que hay actualmente. Si queremos un modelo de salud diferente, tenemos que también hacer unos cambios curriculares para formar a las personas que van a trabajar en ese modelo. Te voy a poner un ejemplo: los residentes de psiquiatría de la Universidad del Valle. Ellos tienen una rotación en segundo año de cuatro meses en un centro de

atención primaria con un modelo de salud mental comunitaria. De los tres años de formación, rotan cuatro meses en este servicio. O sea que la mayoría de su formación transcurre en instituciones hospitalarias de alta complejidad centradas en lo neurobiológico. Si el énfasis en su formación sigue siendo eso, ellos van a salir a reproducir ese mismo modelo. Por lo tanto, tendríamos que cambiar el modelo para que tenga más énfasis en lo comunitario, para que ellos salgan a reproducir lo comunitario y no lo hospitalocéntrico. Tiene que cambiar el modelo para que los que están interesados en modelos de salud mental comunitaria encuentren trabajo cuando salgan. Otro ejemplo que te pongo: nosotros tenemos algunos residentes a los que les interesa lo comunitario, hacen su electiva, una rotación adicional con nosotros, pero cuando salen a buscar trabajo, no hay mucho trabajo que no sea el hospitalocéntrico. Hay que modificar cosas en la formación y hay que modificar cosas en el sistema para que podamos definitivamente cambiar; no es solo un cambio de política en el papel, tiene que cambiar la formación y tiene que cambiar la prestación o la disposición de los servicios.

Bibliografía

1. Álvarez, J. M. (2017). Diagnóstico para principiantes (Cap. 8, pp. 293–335). En Estudios de psicología patológica. Xoroi Edicions.
2. Álvarez, J. M. (2022, febrero 21). La locura en primera persona, con colaboración del Dr. Rafael Huertas (Seminario La locura desde dentro, Temporada 1 – Curso 2022, Parte 02) [Video]. La Otra Psiquiatría. YouTube. <https://youtu.be/yp2aO6ZxACY>
3. Álvarez, J. M. (Dir.). (2023). Vocabulario de psicopatología: Vol. I. Introducción: Otra psicopatología (pp. 17–38). Xoroi Edicions.
4. Álvarez, J. M. (Dir.). (2023). Vocabulario de psicopatología: Vol. I. Defensa (pp. 285–298). Xoroi Edicions.

5. Álvarez, J. M. (Dir.). (2023). Vocabulario de psicopatología: Vol. II. Modelo de psicología patológica (pp. 123–134). Xoroi Edicions.
6. Álvarez, J. M., Esteban, R., & Sauvagnat, F. (s.f.). Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Xoroi Edicions.
7. Berger, P. (2001). La perspectiva sociológica: El hombre en la sociedad y la sociedad en el hombre. En *Introducción a la sociología* (pp. 97–171). Editorial Limusa.
8. Berrios, G. E. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva del siglo XIX. Fondo de Cultura Económica.
9. Berrios, G. E., & Marková, I. S. (2024). The epistemology of psychiatry and mental symptoms: The Cambridge view. En A. L. Mishara, M. Moskalewicz, M. A. Schwartz & A. Kranjec (Eds.), *Phenomenological neuropsychiatry* (pp. XX–XX). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-38391-5_4
10. Botero, E., Solís, R., López, M., & Velásquez, E. (2000). Duelo, acontecimiento y vida. Consideraciones sobre la atención psicosocial: Caso Trujillo – Valle. Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) e Instituto de Derechos Humanos “Guillermo Cano”.
11. Braunstein, N. (2003). El goce. Un concepto lacaniano. Siglo Veintiuno Editores.
12. Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Ed. Paidós.
13. Giddens, A. (2021). Salud, enfermedad y discapacidad. En *Sociología* (9.ª ed., pp. 452–503). Alianza Editorial.
14. Goffman, E. (2001). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores.
15. Huertas, R. (1999). Neoliberalismo y políticas de salud. El Viejo Topo, Fundación de Investigaciones Marxistas.
16. Huertas, R. (2012). Historiar el síntoma. En *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura* (Cap. 5). Los Libros de la Catarata.

17. Huertas, R. (2016). Otra historia para otra psiquiatría (pp. 239–269). Xoroi Edicions.
18. Huertas, R. (2019). Letras locas: Del yo disidente al activismo en primera persona. <https://www.laotrapsiquiatria.com/2019/04/rafael-huertas-letras-locas-del-yo-disidente-al-activismo-en-primera-persona/>
19. Huertas, R. (2023, enero 30). Locura y salud mental en el neoliberalismo [Video]. Grandes Ideas en Psicología y Neurociencias. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=O_lbLi-KOoM
20. Lacan, J. (2006). El seminario, libro 23: El sinthome. Paidós.
21. Laurent, E. (2014). Estamos todos locos. La salud mental que necesitamos. Gredos.
22. López-Andrade, L. M., & Colina, F. (2020). Límite y diagnóstico diferencial. En Manual de psicopatología. La configuración del límite (2.ª ed., pp. 219–242). La Revolución Delirante.
23. Ríos Castañeda, S. V. (2016). Estudio de la implantación del psicoanálisis en la ciudad de Santiago de Cali, 1962–2014: Una mirada desde la sociología.
24. Sánchez Salcedo, J. F., Arboleda Trujillo, M. A., Montes, M., Castrillón, M. C., Ríos Castañeda, S. V., & Soto, A. M. (2018). Perfil social y económico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Cali. *Revista de Sociología*, 33(1), 58–76.
25. Sánchez Salcedo, J. F., Montes, M., Arboleda Trujillo, M. A., Ríos Castañeda, S. V., Castrillón, M. C., & Soto, A. M. (2018). Caracterización sociodemográfica de los pacientes del HDPUV. *El Observador Regional*, 39, 1–12.
26. Sánchez Salcedo, J. F., Ríos Castañeda, S. V., & Montes Martínez, M. (2021). Perfil social y económico de los pacientes diagnosticados con trastornos del humor del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 702–732.
27. Tizón, J. L. (1990). Atención primaria de salud y psicoanálisis (Serie Monografías No. 1). Fundació Vidal i Barraquer.

28. Tizón, J. L. (1992). Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Doyma.
29. Tizón, J. L. (2000). Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria (6.ª ed.). Biblària.
30. Tizón, J. L., San-José, J., & Nadal, D. (1997). Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental: Vol. I. Protocolos asistenciales para adultos. Herder.
31. Tizón, J. L., San-José, J., & Nadal, D. (1997). Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental: Vol. II. Atención a la infancia, técnicas grupales, protocolos preventivos. Herder.
32. Vaschetto, E. (2024, marzo 14). VIII Jornadas Internacionales. Historia de las Mentalidades UdeC. Charla [Video]. Diegomundaca3217. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=4jdpmK-vDuKY&t=1308s>
33. Zafropoulos, M. (2002). Lacan y las ciencias sociales: La declinación del padre (1938–1963). Nueva Visión.

Entrevista a Luis Fernando Muñoz^{*LM}

(Colombia)

Entrevistadores:

SA Santiago Arroyave
JA Juan David Ardila

SA|JA *Cuénteme un poco sobre usted, Doctor.*

LM Soy médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en psiquiatría de la misma universidad. Tengo una maestría en rehabilitación psicosocial, en salud mental comunitaria; esa la cursé en la Universidad Jaume I en España, allá en el año 2015. Actualmente estoy culminando el proceso de un doctorado en salud mental comunitaria que estoy haciendo con la Universidad Nacional de Lanús en Argentina, que es el único doctorado en salud mental comunitaria que hay en América Latina. Vivo en Pereira desde hace más de 10 años. Acá coordino una entidad de salud mental que tiene base comunitaria, se llama “Recuperarte”. Adicionalmente coordino el subcomité de rehabilitación psicosocial y salud mental comunitaria de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

SA|JA *Además de la experiencia práctica, ¿se ha dedicado también a la investigación?*

LM Sí, en estos años digamos que mis temas de interés en el tema de investigación giran en torno obviamente a todo el campo de la salud mental comunitaria. En los últimos años he hecho investigación sobre lo que estoy trabajando en la tesis doctoral, que es sobre los procesos de recuperación de las personas con patología mental y el papel de los psicofármacos, en saber cuál es el papel de los psicofármacos en los procesos de recuperación de las personas.

SA|JA *¿Es recuperación, en este caso, de enfermedad mental?*

LM Sí, de trastorno mental, digamos. La recuperación entendida como un escalón más allá de la rehabilitación, cuando se habla de todos los procesos de intervención. La rehabilitación está como lo primero, pero normalmente la recuperación es como el segundo escalón. Entonces, lo que se busca con la investigación o con el trabajo es revisar qué perspectivas se les atribuyen a los psicofármacos en los procesos de recuperación desde distintas ópticas. O sea, desde la óptica de los usuarios, desde la óptica de los familiares, desde la óptica de los psiquiatras y desde la óptica de los psicólogos. Estas son las opciones sobre las cuales se enfoca la tesis.

SA|JA *A manera de contexto, ¿me podría contar un poco cómo entiende esos conceptos de rehabilitación y recuperación?*

LM Sí, digamos que el modelo de atención clásicamente se enfocó mucho en la intervención farmacológica para las personas con patología mental, pero muchas veces ese contexto de tratamiento se enfocaba únicamente en el control de signos y síntomas, pero no se enfocaba y no trabajó significativamente en cómo esa persona afectada con la patología mental podía retornar a su medio habitual, a su comunidad. Entonces, cuando hablamos de la recuperación, por ejemplo, lo atribuimos como un concepto que lo que busca es cómo esa

persona cuyo proyecto vital, cuyas metas, cuyos sueños que se había imaginado y que muchas veces se ven alterados por la enfermedad mental, cómo lograr que esa persona, sin que se crea o se manifieste que hay una cura específica con la que la enfermedad se le va a desaparecer, pueda volver a ser lo más independiente y autónomo posible, dependiendo muchas veces lo menos posible de los demás, de los psicofármacos.

SAIJA *Ese vendría siendo el proceso de recuperación, ¿le entiendo?*

LM Sí, porque cuando hablamos de recuperación hoy en día se habla desde dos campos principalmente, la recuperación clínica y la recuperación personal. Cuando hablamos de la recuperación clínica, es esa que se enfoca más en el control de signos y síntomas de la enfermedad, pero la recuperación personal es aquella que va más hacia los objetivos personales que tiene la persona... bueno, valga ahí la redundancia, sobre los objetivos personales que tiene alguien que tenga una patología mental. Es decir, no necesariamente que no alucine o que no escuche voces o que no llore, como síntomas, digamos, que se buscarían controlar desde el punto de vista clínico, sino que la persona diga: 'bueno, yo necesito volver a ser funcional, necesito volver a conseguir un empleo, o mi proyecto vital incluye conseguir una familia, estar con otras personas'. O sea, va más de la mano de esa recuperación que va enfocada al cumplimiento de metas.

SAIJA *¿Me puede contar un poco qué hacen en Recuperarte? ¿Cuál es la labor?*

LM Bueno, Recuperarte es básicamente una entidad de salud mental, que funciona desde el año 2016, y lo que hacemos es, por un lado, toda la atención ambulatoria de los servicios de salud mental, es decir, consulta externa de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, neuropsicología, digamos desde el área de la intervención y consulta. Pero, por el otro lado, tenemos un programa de rehabilitación psicosocial y ese programa funciona desde el año 2018. Yo soy el coordinador del

programa, en donde lo que hacemos es una serie de intervenciones basadas en objetivos que, digamos, es una de las primeras diferencias que existe con los programas clásicos de intervención ambulatoria como el programa Hospital Día, por ejemplo, que vendría a ser como el más común, en el cual las actividades que se realizan están más enfocadas desde el manejo del tiempo libre, el manejo del ocio, el exceso de ocio que muchos pacientes tienen. En cambio, lo que hacemos nosotros es, por medio de una evaluación inicial que se le aplica al usuario al inicio, definir una serie de objetivos por áreas, y sobre esos objetivos tenemos una serie de grupos terapéuticos a los cuales asiste el usuario. Están los grupos de psicoeducación, que ese lo coordino yo desde el área de psiquiatría, el grupo de habilidades sociales que lo coordina psicología, el grupo de afrontamiento y manejo del estrés que también lo lleva psicología, el grupo de rehabilitación cognitiva que lo lleva a cabo un neuropsicólogo, y el grupo de actividades de la vida diaria que lo lleva a cabo una terapeuta ocupacional. Desde hace dos años implementamos un programa más enfocado hacia la expresión corporal, a la corporalidad, que lo lleva a cabo una docente de artes escénicas con experiencia en el área de salud mental, y finalmente hay un grupo de familias con las cuales se trabaja también, que lo lleva a cabo el área de trabajo social. Entonces, digamos que al ser un programa que tiene un enfoque interdisciplinario en donde confluyen varias áreas, el proceso de intervención es mucho más especializado que un programa como tal de hospital día, en donde las intervenciones generalmente van en torno más a la contención y al manejo del tiempo libre.

SAIJA *El manejo en esa intervención, ¿es grupal?*

LM Sí, es el manejo grupal, que eso también es algo que es importante mencionarlo, es que yo tengo una formación también como coordinador de grupos terapéuticos, que hice en Argentina, con la Fundación Foro, y eso hace que de cierta manera haya ya un bagaje académico en el manejo. Esto es importante porque digamos que en nuestro país la formación como terapeutas grupales

realmente no existe, o sea, en Colombia no existe un posgrado enfocado en el manejo terapéutico grupal y para trabajar ya con la experiencia también, con los años uno se da cuenta que no todo el mundo trabaja con grupos terapéuticos. A veces, por el contrario, en algunos sitios puede haber un poco la tendencia a usar los grupos terapéuticos, más es como al que le toque o al que le caiga tiene que ir a manejar un grupo, y pues no todo el mundo lo maneja. A veces hemos tenido incluso profesionales que en los procesos de intervención individual son muy buenos, pero que cuando se trabajaba con grupos terapéuticos manifestaban una gran dificultad para hacerlo, entonces lo que hemos hecho durante estos años es formarnos. De hecho, el año pasado hicimos una formación con una entidad en Argentina que se llama Proyecto Suma, y con ellos hicimos una formación en un programa que se llama el programa PAR o Programa Activo para la Recuperación, que fue una formación que abarcó de abril a diciembre del año 2024, en donde cinco profesionales de la entidad se formaron un poco en la técnica, también con todo el componente práctico con supervisión de casos.

SA|JA *En Recuperarte reciben algún tipo de público en particular, ¿hay características que sean comunes?*

LM Hay unos criterios de inclusión, pero que realmente no son tan estrictos y que con el tiempo incluso los hemos flexibilizado un poco. Cuando empezamos el programa, eso fue en el año 2018, en esa época nosotros teníamos como criterio de inclusión, por ejemplo, que la persona contara con una red de apoyo activa, o sea que hubiera alguien que lo acompañara y que estuviera ahí, pero con el tiempo nos dimos cuenta que ese criterio muchas veces dejaba afuera a personas que tenían todo el interés de ser parte del programa, pero que lamentablemente no contaban con un familiar o con alguien que los acompañara o que, por el contrario, veían que su red de apoyo era su principal problema en la vida, entonces decían: “yo no quiero vincular aquí a nadie porque la verdad me llevo muy mal con ellos, prefiero que no hagan parte”. Entonces decíamos: “bueno, pues no podemos

excluir a las personas por esta situación, por el contrario, deberíamos incluirlas y arroparlas”, porque muchas veces el grupo terminaba siendo su única red de apoyo. Lo otro es que nosotros, a diferencia de otros modelos de grupos terapéuticos, no tenemos grupos divididos por patologías. La única condición que tenemos para los ingresos, desde el punto de vista de patologías, es que haya una estabilidad de síntomas activos, de síntomas clínicos, que permita que la persona pueda estar en un grupo terapéutico. Por ejemplo, si yo tengo una persona que tiene un trastorno psicótico y su psicosis está demasiado exacerbada, hay un componente alucinatorio muy intenso o algo parecido, probablemente no lo voy a poder ingresar al grupo porque su funcionamiento al interior del grupo va a ser muy deficiente, pero si la persona está controlada clínicamente, está asistiendo a controles, está asistiendo a sus citas, está con una adherencia al tratamiento, con seguridad lo vamos a poder enganchar. Lo que hacemos es una distinción de acuerdo con la funcionalidad.

Otra cosa también a decir es que cuando hacemos las actividades, tienen una intensidad horaria de máximo dos horas, que también es otra diferencia que tenemos con los programas de hospital día, en donde generalmente los pacientes están en franjas de cuatro o más horas. Porque también se debe tener en consideración que muchos de los pacientes al estar medicados, al estar recibiendo psicofármacos, su grado de atención y la capacidad de mantener esa concentración sostenida en el tiempo, generalmente más de dos horas no se logra. Entonces por eso, las actividades siempre están diseñadas en franjas de dos horas para que se le busque sacar el mayor provecho a la actividad y no sobrecargar al usuario durante ese tiempo.

SA/JA *¿Qué tipo de actividades realizan con estos grupos?*

LM Ellos asisten a las actividades de psicoeducación, habilidades sociales, afrontamiento y manejo del estrés, rehabilitación cognitiva, el grupo de familias, grupo de intervención con familias y el grupo de expresión corporal. Los grupos son estos. Aparte,

tenemos algo que es la figura de un tutor o profesional de referencia dentro de la IPS, o sea, todo el grupo de pacientes, todos tienen un tutor o un profesional de referencia con el cual pueden establecer una interacción mensual en donde a veces se detectan situaciones, en las cuales la persona puede manifestar alguna situación que esté presentando tanto a nivel personal como también en la asistencia al grupo, alguna dificultad que haya presentado. Si uno lo mira desde el punto de vista incluso hasta de costos, los programas de Hospital Día generalmente son mucho más costosos, porque Hospital Día normalmente tiene un valor único por sesión y esos valores se piden en paquetes de 10 o 20 sesiones. Nosotros, normalmente, cuando hemos hecho los estudios de comparación de costos con lo que hacemos versus lo otro, pues realmente son, de hecho, mucho más económicos porque se cobra un solo valor mensual y eso pues hace que realmente la intervención pueda tener un valor para las aseguradoras más interesante. Entonces ese tema pues también vale la pena mencionarlo.

SA|JA *En sus experiencias de investigación ¿ha trabajado con algún tipo de público en particular?*

LM Pues las investigaciones pueden ser en torno a temas de grupo. Por ejemplo, ahorita hay una que está pendiente de publicar que fue la experiencia que tuvimos en pandemia del grupo, o sea, la experiencia grupal, porque en esa época nosotros tuvimos que hacer un cambio de la intervención a una intervención virtual y eso fue más o menos durante año y medio. Digamos que, por ejemplo, la idea era publicar cuál fue esa experiencia que tuvimos durante ese año y medio, porque sí nos obligó a hacer muchos cambios en el modelo de intervención, entonces digamos que esa podría ser un grupo. Lo otro ha girado más en torno al modelo, a lo que le menciono, digamos actualmente que estoy trabajando en la tesis, en donde se hizo un cuestionario que fue de hecho difundido a través de asociaciones científicas. Uno se difundió a través del Colegio Colombiano de Psicólogos, otro a través de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y los otros

dos a través de las asociaciones de usuarios más grandes de Colombia, que son la de Asociación de Bipolares y la Asociación de Personas con Esquizofrenia y sus familias. Entonces, digamos que ese ha sido como el marco o los grupos en los cuales, en mi caso, me he desenvuelto.

SA|JA *En estos ámbitos en los que se ha desenvuelto su trabajo en salud mental, ¿cuáles han sido las condiciones que ha encontrado favorables y desfavorables?*

LM Yo creo que el trabajo en salud mental en general es complejo por varias razones. Uno, el modelo que tenemos en nuestro país y el modelo más ampliamente difundido de intervención es el modelo biomédico, en donde básicamente lo que se dice es que se prioriza la comprensión de toda la salud mental a través de la biología y de la medicina tradicional y entonces deja de lado aspectos sociales, psicológicos, culturales que impactan el bienestar mental. Y ese modelo es el modelo bajo el cual yo también me formé como psiquiatra. Entonces esto hace que hoy en día se siga vendiendo esa imagen de la solución bioquímica a todos los problemas de la vida. O sea, seguimos desconociendo gran parte de los aspectos sociales y ambientales que enferman a las personas. Y yo pienso que cada vez nosotros vemos más personas que tienen problemas y menos enfermos mentales. Ya no estamos viendo personas que tengan una psicopatología florida como la que nos la enseñaban en la universidad, sino lo que vemos es personas que tienen muchos problemas. Pero, lamentablemente, el modelo asistencial de salud sigue dándole más relación a que todo va a tener una causa médica y que, por consiguiente, tenemos que intervenir desde un punto de vista farmacológico. Y también en nuestro país hay que reconocer que, basados en esa lógica del modelo biomédico, las instituciones o lo que sigue siendo paradigmático, son los hospitales psiquiátricos, también llamados manicomios, en donde las personas viven completamente aisladas de la sociedad y en donde muchas veces esas posibilidades de recuperación son mucho menores precisamente por esa limitación que hay del

acceso a programas de intervención que sean en su entorno y, digamos, terminan siendo marginadas. O sea, el modelo sigue siendo, como en muchos textos se define, un modelo hospitalo-céntrico, en el cual el hospital psiquiátrico sigue siendo el más importante y al que más recursos se le destinan. Entonces, para mí digamos que esa sería quizá la principal dificultad a la hora de planificar y de desarrollar intervenciones en nuestro medio.

SA|JA *¿Por qué considera importante que se tomen en cuenta los factores sociales y ambientales en este proceso de recuperación, o en trabajo de salud mental?*

LM Porque ya han sido definidos como determinantes de la salud. Cuando yo sé que mi salud mental no solamente depende de tener un desbalance neuroquímico en mi cerebro, sino que también obedece a todos esos factores o al contexto en el cual yo estoy, me permite entender por qué en dos personas que tienen el mismo diagnóstico, por ejemplo, de depresión, uno responde a un antidepresivo y el otro no, aun cuando la lógica diría que deberían responder igual. Uno podría pensar que la causa puede ser de su cuerpo, que es un metabolizador distinto o que hay otras causas, pero si uno mira, muchas veces puede ver que detrás puede tener otros factores asociados. No es lo mismo que uno tenga dos personas deprimidas y que una esté con empleo y la otra esté desempleada, o que una persona tenga un empleo que es bueno para ella y que la otra refiera que su empleo es terrible y que es su principal causa para estar enfermo. Entonces, el conocer esos factores permite, de cierta manera, entenderlos. De hecho, durante la pandemia, aprendimos a entender que estos determinantes jugaban un papel mucho más importante porque fue cuando la mayor parte de la población sufrió las mismas condiciones. Y ahí fue cuando mucha gente dijo: “oiga, es que esto enferma”. El estar encerrado enferma, el estar sin empleo mucho tiempo enferma, el quebrarse en una empresa enferma, el que muera un familiar enferma. Entonces, todo esto hace que uno tenga que prestarles mucha más atención a estos determinantes.

SA|JA *Y en su experiencia, ¿cómo ha afectado?, ¿cómo ha dificultado su ejercicio que el modelo sea más hospitalocéntrico, como usted lo ha mencionado, o que esté más basado en esa intervención a partir del fármaco que en los factores socioambientales?*

LM Pues, sí juega, digamos que sí afecta porque, una de las cosas que hemos visto durante estos años es que, por ejemplo, los aseguradores no le prestan mucha atención a modelos que tengan estas características en los modelos de intervención comunitarios. Por ejemplo, cuando uno puede establecer una negociación con algún asegurador y uno les dice: “oiga, esto que hacemos va a buscar reducir las hospitalizaciones porque las personas, pues, se hospitalizan menos y están más estables ambulatoriamente y van a necesitar menos tiempo de estar en el hospital”; pero los aseguradores dicen: “ah, pero, o sea, ¿ustedes no ofrecen hospitalización?” Y uno les dice: “no, no la ofrecemos porque precisamente lo que ofrecemos es evitar eso”. Entonces dicen: “ah, no, no me interesa porque yo lo que busco es un prestador que me cubra toda la gama de servicios. Entonces, yo necesito un prestador que también me ofrezca hospitalización por si el paciente necesita ingresarse”. Esa, por ejemplo, ha sido una barrera importante. También otra cosa es que como no se puede establecer un modelo que sea integral y que permita que existan redes integradas de servicios, como en teoría debería existir a la luz de la ley 1616 de salud mental, esto hace que la continuidad muchas veces de la atención entre el hospital y el ambulatorio no sea la adecuada.

Es decir que, por ejemplo, a una persona la internen o la hospitalicen en un sitio y su manejo ambulatorio sea en otro sitio completamente distinto y que entre esas dos instituciones no existan ninguna clase de trabajo en red o de derivación de casos que permitirían que si hubiera una integralidad en la atención. Esa dificultad hace que sea muy difícil trabajar, por ejemplo, con otras entidades. Porque también lo que termina siendo una entidad puede terminar siendo una especie de

competencia para otra. O sea, si yo vivo en la hospitalización y otra institución hace que no se hospitalicen los pacientes, pues es lógico que para mí eso sea una situación incómoda. Si yo hablo particularmente de mi caso, creo que está un poco más complejo, porque cuando yo llegué a vivir acá, no tenía ningún lazo, ningún contacto acá en la ciudad. Obviamente eso genera mucha resistencia con la gente, con los colegas establecidos acá desde hace mucho tiempo. Y ellos decían: “bueno, cómo éste llega y nos va a quebrar el hospital”, más o menos, si se llega a establecer un modelo distinto. Entonces, eso para mí fue una gran dificultad. Cuando empezamos, notamos un poco ese recelo y esa incomodidad de colegas de acá de la ciudad.

SA|JA *O sea, ese modelo de alguna manera demanda que sea uno u otro, ¿no?*

LM Pues no es el deber ser. Porque, por el contrario, deberíamos hablar de uno y otro. Pero lo que termina haciendo, lo que muchas veces se considera, es que no. Que la única intervención debe ser la de la integración vertical que tengo en mi institución en la cual hospitalizo, en la cual hago yo la consulta, en la cual hago todo. Entonces, claro, al existir ese modelo, pues hace que otras iniciativas que no contemplan la internación, sino que, por el contrario, consideran que debe ser el último eslabón, se puedan considerar algo amenazante.

SA|JA *Y esa discontinuidad que me mencionaba entre el manejo hospitalario y el ambulatorio, ¿afecta de alguna manera el proceso del paciente?*

LM Sí, sin duda afecta todo el proceso de intervención. Sin duda es una dificultad porque, de hecho, los mismos usuarios lo refieren. Ellos dicen “llego a un sitio en donde desconocen por completo mi historia”, a veces es un poco esa imagen que la gente dice: “ah, pero bueno, ay, ¿ustedes no tienen mi historia?”, y ahí uno les dice: “no, porque somos entidades distintas”. Entonces, claro, eso a veces genera un poco ese malestar porque dicen, bueno, a lo mejor allá hicieron esto, pero aquí se trabaja de una manera

distinta. O sea, el hecho de que muchas veces la continuidad en los procesos que se podría hacer si se hiciera un trabajo en red, permitiría que cuando una persona está hospitalizada y cuando va a ser dada de alta, por lo menos afuera habría un servicio que en teoría podría estarlo esperando, digamos, algo que podría dar una continuidad a la atención. Si eso no existe, para los pacientes muchas veces es como un borrón y cuenta nueva en donde salen y tienen que ir a buscar donde los atiendan, y sobre esa atención muchas veces puede haber discrepancias o faltas de acuerdo entre un sitio y otro, y obviamente el paciente, la persona, se va a sentir desprotegida o se va a sentir vulnerada al ver que como que la atención no tiene ese carácter de continuidad ¿no? Sumado a que el modelo de atención que tenemos en Colombia muchas veces se enfoca únicamente en consultas externas cortas, en reformular el tratamiento. Los procesos de psicoterapia en nuestro país tienen un número tope de sesiones al año, que en este momento sigue siendo 30.

Entonces claro, cuando a alguien le dicen: “bueno, vas a tener unas sesiones que tienen también un tope, que tienen un límite”, pues eso también puede generar una dificultad a la hora de establecer una continuidad, y lo otro son los mismos procesos normales de las entidades en las cuales muchas veces hay cambio de personal y a lo mejor te atiende alguien hoy y después te atiende alguien distinto y entonces tampoco conoce tu historia. Eso genera también un malestar a la hora de hacer una intervención.

SA|JA *Además de este modelo hospitalocéntrico, ¿ha encontrado alguna otra dificultad en su labor frente a la salud mental? ¿Alguna dificultad de pronto de orden político? ¿Alguna dificultad de pronto de orden institucional? Además de lo que ya conversamos.*

LM Pues, muchas veces, digamos, desde el punto de vista de lo político también hay cierto desinterés desde las autoridades en establecer cambios a los modelos de atención e intervención.

¿Por qué? Pues porque nuestro país es muy experto en formulación de políticas, pero generalmente los niveles de ejecución suelen ser bajos y también la continuidad de una política a lo largo del tiempo también se ve entorpecida por los cambios de gobierno, y más cuando de pronto son de corrientes políticas distintas. Entonces, eso es lo que muchas veces se conoce como el síndrome de Adán y Eva, y es cuando cada uno de los que llega va a refundar todo desde cero porque considera que el anterior hizo todo mal. Y a veces hay elementos buenos que se pueden conservar a lo largo del tiempo.

Por esto, yo creo que si hay desafíos frente a la capacidad que uno tenga de interactuar con las autoridades políticas regionales, y muchas veces me parece más por el desinterés que ellos pueden tener frente a estas áreas. O sea, a veces lo que yo creo o he visto a lo largo de los años es que las personas que pueden tener un mayor interés pueden ser los que han tenido de pronto experiencias de primera mano, entonces los tienen más sensibilizados frente al área. O sea, cuando alguien tiene, ha tenido un familiar o ha tenido alguien cercano con una patología mental y sabe lo que esto implica, generalmente uno ve que es gente mucho más sensible frente a esto. En cambio, aquellos que probablemente no han tenido ninguna experiencia, van a considerar, van a analizar muchas veces las intervenciones o lo que se puede hacer. Entonces eso, por un lado, si lo miramos desde el punto de vista político.

Si vemos también aspectos sociales, no podemos dejar de lado todo lo que tiene que ver con el estigma que aún existe en torno a la enfermedad mental. O sea, eso sigue siendo un problema, eso no lo podemos desconocer, no lo podemos dejar de lado porque en nuestro país sigue siendo importante. Para las personas, consultar a un psiquiatra o consultar a un psicólogo, todavía sigue siendo un tema tabú, especialmente en la población masculina, porque de hecho si uno entra a revisar casi como el 75% o el 80% de las intervenciones las hacemos con mujeres y sólo apenas un 20% o 25% se hacen con hombres

y en eso obviamente también hay un tema cultural. Todo lo que tiene que ver con la idea del machismo, con los pensamientos de que debemos manejar todo por nuestra cuenta, hace que la búsqueda de ayuda muchas veces sea tardía o no pueda ser adecuada, entonces creo que a nivel social también sigue existiendo un importante estigma en nuestra sociedad.

También creo que de la mano con todo eso es decir que los servicios de salud mental siguen siendo poco rentables o de poco interés también para las aseguradoras, y por lo tanto, pues muchas veces las tarifas que se pagan suelen ser más bajas que para el resto de servicios de atención en salud, ¿no? Entonces en eso se supone que existe una política recomendada a raíz, por ejemplo, de la declaración de Caracas que se hizo por allá en 1990, en donde se decía que la atención en salud mental debía evitarse que se hiciera en los hospitales psiquiátricos y debía hacerse más en hospitales generales de acuerdo al modelo mundial para ese entonces, pero se ha visto que, por el contrario, la gran mayoría de los hospitales generales le huyen a abrir camas de psiquiatría y, por el contrario, prefieren que la atención se siga haciendo únicamente en los hospitales psiquiátricos. Los hospitales psiquiátricos tienen la característica de instituciones que llamamos totales, como las definía Goffman (2001), terminan siendo instituciones apartadas o aisladas de la sociedad como las cárceles, donde la atención se hace en zonas distintas, y de hecho uno lo sigue viendo. Por ejemplo, acá en Pereira, en donde uno de los hospitales psiquiátricos privados más grandes abrió una su sede nueva en una zona campestre, en una zona alejada de la ciudad... es un poco ese modelo que se sigue perpetuando, de dejar todo en la periferia y no hacer la atención directamente en el centro de las comunidades, que es donde debería hacerse.

SA|JA *¿Por qué es importante que esa intervención se haga en el centro de las comunidades?*

LM Porque es el sitio en el cual viven las personas. El ser humano es un ser social y todos cuando nacimos estábamos insertos en una comunidad. O sea, no nacimos en una periferia, no nacimos por allá en un sitio alejado de la comunidad, sino nacimos o hacemos parte de un sitio en el cual vivimos. Entonces cuando se hace una intervención y esa intervención se hace en un lugar alejado, pues básicamente lo que termina haciendo es segregando a las personas que reciben las intervenciones. Eso incluso termina siendo también una barrera de atención, porque si usted, por ejemplo, para tener una atención tiene que desplazarse a un sitio periférico lejano pues eso va a implicar muchas más dificultades para acceder. O sea, eso ya de por sí es una barrera de acceso, a diferencia de que usted tuviera un sitio que lo atienda dentro de su misma comunidad.

Por ejemplo, muchas veces con los pacientes hospitalizados, cuando hospitalizan a alguien, para la familia muchas veces es muy difícil ir hasta un sitio periférico a llevarle sus pertenencias, a visitarlos y eso termina siendo muchas veces interpretado en los hospitales psiquiátricos como que es una mala familia, que es una familia que dejó botado a su familiar, que “nos lo dejó aquí regalado”. Pero lo que se les olvida tener en cuenta es que a veces esas familias no pueden acceder precisamente por esa barrera geográfica que dificulta que puedan asistir a visitar a su familiar.

SA|JA *Sobre ese desinterés gubernamental o de la esfera política en temas de salud mental ¿cómo lo ha visto? ¿En qué cree que se ha visto reflejado en su labor?*

LM Un tema importante de interés público en salud mental es el tema del suicidio. El suicidio siempre se va a considerar quizás como el evento más traumático o más catastrófico que se presente en el área de salud mental y que puede tener las consecuencias más serias digamos a nivel poblacional, y más

porque la mayoría de las personas que se suicidan suelen estar en franjas etáreas jóvenes. Entonces, a veces cuando sucede un suicidio que tiene una característica llamativa, se despliegan una gran cantidad de medios de comunicación. Los mismos políticos muchas veces dicen: “oiga tenemos que mirar cómo abordar el tema del suicidio”. Pero lo que uno ve es que ese tipo de intervenciones suelen ser intervenciones muy del momento, pero que no suelen sostenerse en el tiempo. Entonces se habla del suicidio como algo malo, como algo terrible, pero suelen ser intervenciones muy puntuales en donde se habla en medios, se dan entrevistas, se habla de la importancia de prevenirlo, pero no pasa de ahí.

Adicionalmente cuando se hacen intervenciones, por ejemplo, cuando se hacen consejos o reuniones de un consejo departamental de salud mental uno ve que brillan por su ausencia todas las otras áreas que también jugarían un papel en las intervenciones. Por ejemplo, el área educativa, el área de hacienda, de empleo, el área deportiva, el área cultural, o sea como que son áreas que a lo mejor no le ven la importancia de cómo contribuyen a la salud mental. Entonces por eso creo que mucho del vacío que hay en torno a eso es precisamente por la falta de áreas que puedan hacer parte, y uno sí nota muchas veces ese desinterés. O sea que nos envían a los consejos a las personas encargadas, o lo mismo que también el político que está muy interesado en campaña en ser la bandera en salud mental, pero una vez que lo han elegido deja de ser una prioridad para la persona. Entonces creo que es más por ese lado, o sea desde el punto de vista de ese desinterés que pueda existir en que sea un apoyo genuino y un apoyo sostenido en el tiempo, y no que sea algo más de cobertura, como de titular, del momento, pero que no sea un apoyo real y genuino. Para mí la dificultad radica es más en ese tema.

SA|JA ***Cuénteme, pasando un poquito al tema de la formación, ¿qué ha visto de la formación que tienen las personas que han trabajado con usted en salud mental en los contextos en los que ha trabajado? ¿Qué opinión tiene al respecto?***

LM Yo creo que la formación lastimosamente en salud mental en las carreras suele ser algo precaria. En salud mental la experiencia que he tenido al trabajar, es que la mayoría por ejemplo de disciplinas como medicina, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, suelen tener rotaciones de baja intensidad en salud mental e incluso en algunos casos son rotaciones optativas. Adicional a esto, los sitios de práctica en la mayoría de sitios son hospitales psiquiátricos. Entonces, ¿eso qué hace? Pues que muchas veces se genere una imagen desfavorable y en contravía de los derechos humanos. Lo que muchas veces se ve al interior de estas instituciones es la imagen que les queda a ellos; eso hace que muchas de estas personas suelen desarrollar una especie de aversión a trabajar en el campo de la salud mental y prefieran más bien irse por otras áreas.

Por esto, realmente yo noto que es muy difícil que el trabajo sea interdisciplinario como debería ser, porque todavía el modelo sigue siendo también muy jerárquico, al ser un modelo biomédico termina siendo muy jerárquico. Los psiquiatras siguen siendo los que en la mayoría de instituciones toman las decisiones y las otras disciplinas ocupan un lugar secundario y que tienen también una muy poca capacidad de decisión, pero realmente lo que uno termina viendo es que muchas veces es por esa falta de formación que tienen los profesionales de las otras áreas que creen que el psiquiatra es como el dueño del conocimiento, el que más sabe, lo cual termina siendo completamente falso. Entonces yo creo que sí hay una limitación grave. Creo que la formación en salud mental y especialmente en el campo comunitario en nuestros países pues es muy precaria, entonces también se dejan mucho de lado los saberes de otras disciplinas, como la antropología, la sociología, la filosofía, que

también tendrían un papel muy importante a la hora de formar a las personas que vayan a trabajar en el campo comunitario.

SAIJA *¿Qué teorías y qué disciplinas formarían parte o pueden formar parte de esa formación en salud mental?*

LM Pues, a ver, para que la formación en salud mental sea efectiva debe ser efectivamente interdisciplinaria. Entonces debe agrupar una variedad de teorías, de disciplinas, que permitan comprender toda esa complejidad de los problemas de salud mental. Si uno mirara específicamente cuáles, obviamente está la psicología, está la psicopatología, pero es desde la psicología, muchas veces desde el tema clínico o sea desde el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, desde sus diversas corrientes psicoterapéuticas que obviamente cada vez son más. También desde la psicología social, por ejemplo, que también evalúa un poco cómo esas interacciones sociales y la cultura influyen en la salud mental. Desde la psiquiatría, un modelo que también se llama biopsicosocial, no un modelo únicamente biológico, en donde se incluyan todos los factores que contribuyen a la comprensión de la salud mental. Desde las neurociencias también hay un papel importante. A nivel de otras disciplinas, está la sociología que aborda mucho cómo las estructuras sociales, el contexto cultural, las condiciones socioeconómicas, influyen en la salud mental. También desde los estudios que se hacen en los países acerca de género y diversidad, cómo esa construcción social de género y diversidad cultural afecta a la salud mental; la antropología, como les decía ahorita, o sea la antropología médica, que es la que se encarga de explorar como las diferentes culturas entienden y abordan la salud mental, que eso digamos en países como el nuestro es súper importante porque muchas veces se deja de lado.

También el campo de los derechos humanos y la ética, porque sabemos que las personas con patología mental en un gran porcentaje de casos tienen vulnerados sus derechos humanos, no hay respeto por la dignidad ni por la autonomía. Este es

un modelo muy enfocado en el principio de beneficencia y no de autonomía. La ética profesional, o sea todos esos dilemas éticos que pueden surgir en la práctica clínica, que también son importantes y que hacen parte de la formación. También tener conocimiento en el área de la salud pública, que permite entender cómo se estructura una política, cómo afecta a una población. Saber sobre modelos de salud mental comunitaria, que eso también es súper importante y ya todo lo que tiene que ver con educación y prevención que básicamente va a trabajar sobre teorías, por ejemplo, de educación para la salud. O sea, métodos para educar a la población sobre salud mental y promulgar la prevención, y adicionalmente todo lo que tiene que ver con intervenciones basadas en la evidencia, que también es algo que muchas veces se deja de lado. O sea que lo que se hace se vea que tiene evidencia en la práctica clínica.

SA|JA *En los profesionales de áreas diferentes a la medicina, diferentes a la psiquiatría, ¿considera que ese nivel de preparación es suficiente, no es suficiente, tiene falencias? Hablando de la preparación para ejercer propiamente.*

LM Yo creo que la preparación en general es deficiente. Por ejemplo, en otros países para que alguien, ejemplo un psicólogo, pueda atender a una persona en consulta, debe tener una formación en psicología clínica. Acá en nuestro país, un psicólogo que se acaba de graduar abre el consultorio al día siguiente de graduarse, o sea, si tiene plata y le apoyan los papás y le pagan el consultorio, lo abre al día siguiente. Entonces eso digamos que hace que también la práctica tenga dificultades. Por ejemplo, en la ciudad donde yo vivo hay muchas facultades de psicología, entonces semestralmente se gradúa mucha gente, pero cuando uno va a ver la gran mayoría no tiene un campo de acción o de conocimiento específico, sino que tienes un poquito de todo. Cuando salen a ejercer sin duda hay muchas falencias. Eso también sucede con las demás áreas, por ejemplo, trabajo social, muchas veces ellos tienen un enfoque que puede ir más hacia temas organizacionales al igual que en psicología, y poca

intervención en el área de salud mental. Por ejemplo, puedo decir que yo he trabajado con gente del área de trabajo social que me decían que a ellos les decían que para lo único que hacían intervenciones era para conseguirle sillas de ruedas a los pacientes o conseguirles pañales, y que eso era para lo cual ellas estaban formadas.

Entonces, claro, eso obedece a que, sin duda, los modelos de formación sí que tienen dificultades en esta área y si no se hace algo frente a eso, pues muchas veces la gran cantidad de personas que se gradúan y que salen a trabajar tienen unos vacíos conceptuales tremendos. También, como les mencionaba ahorita, si alguien tiene sus prácticas clínicas únicamente en el hospital psiquiátrico, los modelos y lo que aprende es lo que se hace en el hospital psiquiátrico, donde a las personas se les maltrata, se les inmoviliza de forma rutinaria, donde se vulneran los derechos humanos, en donde los demás toman las decisiones por la persona afectada, entonces claro, cuando salen y van a un escenario distinto creen que ese es el tipo de realidad a la hora de hacer las atenciones.

SA|JA *¿Qué ha visto en su experiencia particularmente sobre el trabajo interdisciplinario, cómo está hoy en salud mental?*

LM Pues realmente que es un trabajo que le falta mucho, o sea, que sin duda ese componente interdisciplinario no suele estar presente. Digamos que pensar en que haya una investigación que combine psicología, sociología, antropología y otros campos para entender mejor esas dinámicas de salud, pues no lo vemos. Muchas veces cada servicio termina enfocándose en control de signos y síntomas como única posibilidad de recuperación, entonces eso lleva a que hacer un trabajo realmente interdisciplinario sea muy difícil, porque, vuelvo y digo, en nuestro medio se suele seguir viendo al psiquiatra como el que más sabe, como el que toma las mejores decisiones para el paciente. Esto es a diferencia de otros sitios, porque yo tuve la oportunidad de formarme y de hacer prácticas en otro país, en donde uno

se daba cuenta de que el psiquiatra era un integrante más del equipo de salud mental, no era el que definía todo, no era el que decía se hace esto y punto, sino que se tomaban decisiones en equipo.

En nuestro país yo, por ejemplo, cuando empecé a trabajar en mi práctica clínica, notaba que en todo lado las enfermeras, los psicólogos, los terapeutas, todos eran como esperando que uno fuera el que definiera todo. Entonces decían: “bueno esperamos que el psiquiatra sea el que defina todo con este paciente”, uno decía: “no, ustedes qué opinan”, porque finalmente de hecho, si uno mira el modelo de los hospitales psiquiátricos, el psiquiatra es el que menos contacto tiene con los pacientes, los que más interactúan con los pacientes son los auxiliares de enfermería y a veces incluso el personal de aseo. Yo, por ejemplo, cuando trabajaba les preguntaba a ellos, les preguntaba a las señoras de servicios generales: “oiga, usted qué pasa ahí por el cuarto del paciente, qué nota”. Porque a veces uno pedía algo y la persona le decía: “no, el paciente no sale en todo el día, usted se va y se queda todo el día encerrado”, cuando yo asumía que el paciente todo el día estaba por fuera. Entonces ese tipo de trabajo en el cual todos hacen parte de un mismo equipo, es el trabajo que realmente sin duda va a mostrar mayores frutos que el trabajo en el cual simplemente el psiquiatra llega y en los 5 o 10 minutos que ve al paciente toma decisiones y dice: “no, este paciente se va hoy”, y no tiene en cuenta los otros conceptos que puedan tener los demás profesionales.

SA|JA *¿Usted cómo definiría la salud mental puntualmente?*

LM Bueno, pues obviamente existen muchas definiciones, pero yo creo que la salud mental es un estado de bienestar que nos permite sentirnos bien con nuestro entorno y con nosotros mismos, pero entendiendo que una vida perfecta no es posible y que siempre durante la vida debemos afrontar problemas y desafíos. Es decir, que la salud mental es básicamente lo que nos permite estar bien con nosotros mismos, sentirnos bien también

con nuestro entorno, pero a sabiendas que la vida perfecta no existe y que debemos trabajar continuamente cuando tenemos dificultades y tenemos problemas.

SAIJA *Con respecto a estos vacíos de conocimiento con los que un estudiante sale o puede salir después de la carrera, al momento de realizar una intervención, ¿cuánto de esto puede ser enseñado por la academia y cuánto de esto depende de nosotros o del estudiante en el tema de la salud mental?*

LM Bueno, digamos que sin duda tiene que haber un bagaje epistemológico que haga que se pueda tener conceptos básicos. O sea, se tiene que trabajar sobre un marco teórico, no vamos a llegar a intervenir algo sin tener ningún bagaje, o sea, cualquier intervención que uno haga en salud mental debe tener siempre un nivel de planificación, de ejecución y también de evaluación, pero también se requiere que exista una capacidad creativa, especialmente a la hora de diseñar una intervención. ¿Por qué?, porque la improvisación también puede llevar a que las acciones que se ejecuten no respondan a ninguna necesidad y por el contrario se generen daños en una comunidad. Por ejemplo, un equipo puede plantear abrir unos centros de escucha en una comunidad que tengan unos horarios y tiempos específicos, pero si en esos espacios la gente no puede asistir por temas laborales, la intervención seguramente no tendrá ningún impacto y, por el contrario, cuando lo evalúen las autoridades locales van a decir que era una intervención innecesaria.

De esta forma, si uno conoce la realidad en la cual vive, si uno conoce el contexto, si uno dice: bueno el perfil de la gente que hay acá es este, si uno prevé también las posibles dificultades o barreras que van a haber a la hora de una intervención porque de pronto la comunidad se va a oponer o va a decir que no está de acuerdo con algo, si uno no tiene todo eso en mente, seguramente a la hora de implementar la intervención no haya ningún impacto. Durante la pandemia sucedió mucho en el país y de hecho en muchos sitios todavía se conserva, que se crearon

una serie de líneas de atención telefónica para las personas que se sintieran mal, líneas de apoyo, bien sea por el Ministerio de Salud o también a nivel local o departamental, pero cuando se entraba a evaluar, muchas veces se veía que estas líneas de intervención solamente funcionaban de 8 de la mañana a 5 de la tarde, por ejemplo. Entonces uno decía bueno, como que se parte de la base que después de las 5 de la tarde nadie va a tener una dificultad en su salud mental, lo cual es falso, o no funcionaban los fines de semana, entonces ese tipo de intervenciones terminaban. O sea, también han tenido cierta crítica precisamente porque a lo mejor no respondían a la solicitud, a la necesidad básica que alguien puede tener y que no depende específicamente de un horario.

O, por ejemplo, que se pensara que estas líneas debían ser más de direccionamiento y no de intervención psicoterapéutica, porque se supone que debe haber un rapport y todo esto que permita que se establezca una alianza, pero muchas veces terminaban siendo también espacios en los cuales se hacían intervenciones o algo sin conocer a la persona y eso también puede traer una serie de riesgos. Por esto claramente sí se requiere que la persona tenga un conocimiento previo de cómo diseñar una intervención, de cómo la voy a planificar, de cómo la voy a ejecutar y al final que la pueda evaluar, porque eso también permite saber si la intervención sirvió o no. Pero también se requiere obviamente una capacidad propia de gestión, de decir, bueno, esta intervención la hago así, cómo la diseño, cómo hago un trabajo en el cual no sea un trabajo teórico que la gente se aburra y no le interese asistir a la charla, porque termina siendo una clase o algo, si no que cómo la hago amena para que la gente venga o cómo los convoco a través de alguien, de algún gestor de la comunidad que me pueda ayudar a que la gente asista a la intervención, o sea, todo ese tipo de cosas sí requieren que uno obviamente lo adapte porque no hay intervenciones universales que sirvan a todas las comunidades en específico.

SA|JA *Esa parte, particularmente, que es la pericia, de tener ya la formación más teórica, ¿cómo se aprende? Esa parte, ¿cómo se trabaja?*

LM Pues yo creo que si hay cosas que uno aprende, vuelvo y te digo, desde la formación, pero también hay otras que se aprenden desde la práctica, ¿no? Todos sin duda hemos cometido errores a la hora de hacer una intervención, todos seguramente en algún momento podemos haber dicho: “uy, esto de pronto no salió bien, esto de pronto no fue la mejor intervención”, pero precisamente a veces uno puede saber si una intervención sirve o no, precisamente desde la evaluación que se haga. Entonces eso permite también optimizar las intervenciones, es decir, esto no debo hacerlo porque quizás la próxima vez me va a traer problemas. Entonces yo creo que es como el mismo aprendizaje continuo, es el que a uno le puede decir: “bueno, este tipo de intervención vale la pena hacerla o por el contrario, debo evitarla para no ir a embarrar”. Eso digamos que sí es clave y más cuando se trabaja en el campo de la salud mental, porque yo también me he dado cuenta a lo largo de estos años que a veces podemos tener muy buenas intenciones, pero cuando las vamos a ejecutar, cuando las vamos a poner en práctica, a veces las cosas pueden salir mal porque pueden aparecer imprevistos, que uno a lo mejor creía que esta intervención a todo el mundo le iba a gustar y de pronto no les gustó. Entonces es la evaluación continua la que nos permite establecer esa hoja de ruta y decir qué sería lo más conveniente a la hora de hacerla, no hay una receta específica, o sea, simplemente como que el hacerlo es lo que nos permite con el tiempo decir: “bueno, esto sí salió bien o esto no, esto tengo que cambiarlo, esto la próxima vez lo modifico”. Es la manera de saberlo, porque los textos a uno le son útiles, son referencias, pero la práctica muchas veces es distinta a lo que uno se imagina previamente.

SA|JA *Esto ya lo hemos conversado, pero es para retomar e ir sintetizando un poquito. Particularmente centrado en la persona, ¿cómo cree usted que en esa persona los aspectos económicos, políticos, culturales pueden jugar un papel en la salud mental?*

LM Bueno, todos estos factores sin duda juegan un papel súper importante. Desde lo económico podemos decir que el acceso a recursos es algo importante, o sea, la disponibilidad de recursos económicos influye directamente en el acceso a servicios de salud mental. Digamos que un sistema de salud que prioriza la reducción de costos y se enfoca más en estos modelos neoliberales de responsabilidad individual pueden limitar la atención y los recursos para sectores vulnerables, entonces eso hace que exista ya una inequidad en el acceso. También la desigualdad y el estrés financiero, o sea, cuando hay condiciones económicas adversas como el desempleo, la pobreza, pues eso genera estrés y esto puede contribuir a un aumento en los trastornos mentales de la población.

A nivel político, pues decíamos que las políticas de salud mental van a jugar un papel importante, cuando hay políticas que son inclusivas, que tienen en cuenta a la gente, pues eso puede mejorar significativamente la salud mental de una población. Un enfoque que promueva un sistema de salud equitativo y accesible, va a favorecer la atención integral y la prevención, mientras que cuando hay poca voluntad política, eso favorece el estigma y el desinterés. Que haya una regulación también del sistema de salud, o sea, cuando se hacen reformas políticas que buscan integrar la atención de salud mental en los sistemas locales, es algo esencial; si no hay apoyo político, los esfuerzos generalmente para implementar estos modelos comunitarios de atención pueden ser insuficientes.

A nivel cultural, volvemos a decirlo, el tema del estigma, o sea, la cultura, digamos, de la comunidad, incluye en cómo se entiende y se aborda la salud mental. Entonces en culturas en las cuales hay un estigma profundo, se desincentiva a las personas a

que busquen ayuda, mientras que, si hay culturas que valoran la salud mental y promueven el bienestar, pues eso facilita el acceso a los servicios. También el tema de cómo se hace ese contexto relacional, porque sabemos que la salud mental se ve afectada por las relaciones sociales y por el tejido comunitario, entonces si hay solidaridad, si hay empatía, si hay lazos sociales, esos pueden actuar como factores protectores, mientras que, si se vive en un contexto desintegrado socialmente, eso va a contribuir más al sufrimiento mental.

Entonces vamos a ver que todos estos aspectos económicos, políticos y culturales van a estar interrelacionados y son los que afectan la salud mental en una población, de distintas maneras. En la medida que todo esto se integre, esa integridad y ese bienestar mental, va a depender en gran medida del contexto. El contexto económico, en el cual haya unas políticas de salud inclusivas, en donde se reconozca la diversidad cultural, todo esto va a favorecer un sistema de salud mental más humano y efectivo.

SA|JA *Hablando un poco más en detalle, más particularmente de ese tema económico y político. El enfoque neoliberal, que es de pronto un poco más centrado en el individualismo, en el mérito, o en el paradigma de éxito tradicional, ¿cree que puede afectar de alguna manera esta salud mental?*

LM Sí, claro que sí afecta porque, a ver, el neoliberalismo pues básicamente lo que ha buscado es reformular el sufrimiento humano, en unos términos que salvaguarden o que protejan a la economía vigente de las críticas. Entonces básicamente eso, ¿qué ha hecho?, que a los problemas de salud mental se les considere de causa individual, o sea que es problema de la persona, o sea que el problema es el individuo que no se adapta adecuadamente al sistema en el que se encuentra. Eso hace que, por ejemplo, desde la década de los finales de los 80 se dispararan en el mundo las tasas de discapacidad laboral por problemas de salud mental y por consiguiente se hubiera

también aumentado el consumo de psicofármacos, que eso de hecho se ha explicado, se ha estudiado ampliamente (Davies, 2022). Entonces básicamente lo que sé, bajo esta óptica, es que se medicalizan y se tratan aquellas conductas y sentimientos que perturben o alteren el orden establecido. Por ejemplo, unos bajos niveles de satisfacción en el trabajo. Entonces sin duda este auge de modelos neoliberales que favorecen la mínima intervención estatal y promueven la responsabilidad individual son obstáculos para la atención en salud mental, porque básicamente reducen todo a interpretaciones biológicas y comportamentales y dejan todo el resto de lado.

SAJA *Doctor, y hablando de pronto del fenómeno político de la nueva derecha, de un discurso un poco más radical, que a veces es más segregador, en relación con lo que me estaba comentando ahora, ¿cree que puede influir en el ejercicio de la salud mental?*

LM Sí, sí puede influir y digamos que puede ser de varias maneras. Uno, en que suelen ser estos discursos de odio o extremos que suelen incrementar el estigma y la discriminación de colectivos que son en general minorías y de las cuales una de las minorías son las personas con patología mental; entonces eso hace que haya una mayor estigmatización. De hecho, eso se ha visto en algunos países, por ejemplo, hace poco en Argentina, que ellos tienen un gobierno que se considera de extrema derecha, hubo una polémica a raíz de una reintroducción de términos en las leyes que eran por allá del medioevo, por allá del siglo 16-17, volver a considerar a las personas con enfermedad mental como idiotas o terminologías que se habían erradicado como idiotas, incapaces, retardados, digamos eso generó una polémica muy grande en el país. Tanta fue la presión que finalmente eso se desechó, pero sin duda pues va a haber un incremento del estigma; también esta polarización que generan estas corrientes puede generar un clima de tensión social, de ansiedad; eso obviamente afecta al bienestar emocional de las personas. También el tema de cómo se dividen las comunidades en rela-

ción con estos discursos de odio, donde hay esa cultura como el nosotros contra ellos, de exclusión. Eso va a hacer que a la hora de implementar políticas se les dé muy poca importancia a los servicios sociales y de salud pública, de salud mental, porque se va a considerar que no son importantes. Eso también puede generar un impacto en la normalización de la violencia contra personas con patología mental.

SAIJA *Voy a recapitular en las problemáticas y/o desafíos que me ha mencionado. Está el problema del enfoque hospitalocéntrico, el desinterés gubernamental, la falta de un enfoque interdisciplinario más fuerte, el tema del estigma, los discursos neoliberales y de extrema derecha. ¿Se me escapa algún tema importante?*

LM Otro desafío que afrontamos hoy está relacionado con las redes sociales. Creo que los componentes asociados a las redes como el inmediatez, los ideales inalcanzables para la mayoría, las noticias falsas, la tendencia a lapidar a todo el que piensa diferente, todo eso genera dificultades y genera mucho estrés. Hoy en día cuando uno ve las redes quizás hay mayor consciencia de salud mental, hay páginas, blogs... pero también se ve que muchos influencers minimizan problemas de salud mental, generan consejos que no le sirven a todo el mundo. Muchas veces los seguidores terminan implementando técnicas que en vez de ayudarlos terminan acrecentando la frustración que tenían. También la pandemia, que dejó cambios afectivos en muchas personas, por la pérdida de familiares, de empleo, el confinamiento prolongado que sacó a flote problemas de convivencia; esos efectos los seguimos viendo en consulta todavía.

SAIJA *¿Qué soluciones o respuestas considera que son viables para estos problemas?*

LM Si lo miro primero desde un aspecto teórico, creo que hay tres desafíos grandes. Uno, que los enfoques de intervención sean multidimensionales, que se adopten modelos que integren la

salud mental dentro de un marco más amplio de salud pública, que reconozcan los determinantes sociales, económicos, culturales... eso permite que la comprensión sea más holística del individuo. Dos, el desarrollo de nuevas narrativas que desafíen ese enfoque hegemónico de la medicalización de los problemas de salud mental, que se enfoquen más en el empoderamiento, en la resiliencia, en comunidades solidarias. Tres, una investigación interdisciplinaria que combine la sociología, antropología y otros campos, para entender mejor las dinámicas de salud mental.

Desde lo técnico, que haya una innovación en intervenciones. Implementar métodos que utilicen terapias basadas en la evidencia, pero adaptadas culturalmente. La formación continua, que se formen a los profesionales en las nuevas tendencias y desafíos. Incorporar las herramientas tecnológicas, el uso de la telemedicina, que muchas veces es la única opción de acceso en áreas remotas. Desde los aspectos institucionales, debe haber políticas de atención integral, políticas inclusivas que integren los servicios de salud mental con la atención primaria y otros servicios sociales. Las redes de apoyo comunitario que integren las ONGs, grupos de apoyo, ciudadanos.... todo este movimiento asociativo que en nuestro país tiene un desarrollo muy precario. Esa educación continua que permite que lo que se haga tenga la oportunidad de evaluarse para hacer una retroalimentación constante que permita ajustar las estrategias.

Por último, en el tema político, ahondar mucho en la defensa de los derechos humanos, que en salud mental permite defender a las poblaciones contra la discriminación y el estigma. La participación ciudadana es clave, involucrar a las comunidades en la formulación de políticas y programas de salud mental, escucharlos, ver cuáles son sus necesidades. Y el desarrollo de políticas inclusivas que aborden esta desigualdad y busquen reducir las brechas de acceso a atención en salud mental.

SA|JA *¿Cómo hacer frente al problema de los efectos de la pandemia?*

LM Yo creo que lo importante es que la gente mantenga una consciencia de la necesidad de buscar ayuda. La pandemia permitió que muchas personas se dieran cuenta que tenían una necesidad y buscaban apoyo. Es importante que la gente busque ayuda de manera adecuada. Hay personas que tuvieron experiencias muy traumáticas como estar en una unidad de cuidados intensivos, estar entubados, para algunos de pronto fue darse cuenta de “bueno, de pronto necesito valorar más mi vida, ser más consciente de muchas cosas, antes no sabía que podía necesitar un psiquiatra, un psicólogo, pero sí lo necesito”. Creo que en la medida que esto se entienda, permite que haya mayor consciencia de la búsqueda de apoyo.

SA|JA *Retomando el tema que ya hemos tocado, ¿cómo considera usted que debe ser la formación en este campo de la salud mental y qué opina sobre el actual modelo de formación?*

LM Creo que hay que mejorar el proceso de formación sin duda alguna, incluir las disciplinas, los saberes. Hay países que en la formación que se hace de psicólogos o trabajadores sociales, incluyen usuarios del servicio de salud mental como docentes, por ejemplo. En nuestro país eso se consideraría una herejía o algo inapropiado cuando el experto por experiencia muchas veces tiene algo que aportar frente a cómo se vive en primera persona, por ejemplo, una psicosis o una depresión. Eso es algo que en nuestro medio descalificamos, que un usuario venga a darnos una charla, cuando es algo que perfectamente podría hacerse y tener un impacto grande. Entre más interdisciplinaria e incluyente sea, los profesionales van a salir mucho mejor formados y la intervención va a ser mucho mejor.

SA|JA *¿Qué me dice de los aspectos éticos involucrados?, ¿esto puede ser enseñado o es más bien de la persona previo al proceso de formación?*

LM

Yo creo que una persona que trabaje en el campo de la salud, y más en salud mental, debe tener un principio básico de empatía y ética preexistente, que le permita ejercer su labor de manera adecuada. Pero también debe haber un grado de formación frente a aspectos éticos. El enfoque de derechos humanos, no hacer daño, el principio de autonomía y de respeto por las decisiones que tomen las personas. Si bien hay inclinaciones éticas innatas o son influenciadas por la educación familiar y cultural previa, la formación como tal puede ayudar a construir una comprensión común sobre los estándares éticos en salud mental y cómo se aplican de forma práctica. Además, la colaboración con otras disciplinas que enfatizan en esos aspectos éticos, como las ciencias sociales, también puede enriquecer esa formación en salud mental. Que haya una formación integral permite que el profesional desarrolle una sensibilidad hacia su contexto, que le va a permitir manejar mejor las dinámicas sociales y políticas que influyen en las experiencias de salud mental de los diferentes grupos. Debe haber algo previo, pero sin duda también la formación debe construir.

SA|JA

Sobre la formación en derechos humanos, antes me decía que muchas veces se trabaja desde un enfoque de beneficencia y no de autonomía, cuénteme un poco más cómo lo entiende.

LM

Normalmente nos enseñan que el principio más importante es el de beneficencia, esa actitud paternalista frente al paciente: “yo hago esto porque creo que es lo que más le conviene a usted”. Es decir, lo que diseño está basado en mi criterio de qué va a servir. Ese modelo ha generado dificultades en el campo, porque hace que se excluya el principio de autonomía, el principio de que la persona pueda tomar decisiones por cuenta propia, que pueda decidir sobre su tratamiento, si es ambulatorio o intrahospitalario, por ejemplo. Si toma un medicamento u opta por rechazarlo. Ese principio de beneficencia muy clásico, hoy sigue siendo un principio en la atención, los que creemos saber más tomamos la decisión y los pacientes quedan sin un grado de decisión.

SA|JA *Para cerrar la parte de la formación, voy a retomar algunos de los enfoques que me ha mencionado para que me profundice un poco en cómo pueden ser importantes y se pueden trabajar. Me mencionó por ejemplo la antropología, ¿cómo cree que puede ser importante?*

LM Es importante porque como disciplina es la que permite explorar cómo la cultura interviene en el contexto que la comunidad desarrolla frente a la salud mental. Me permite saber cómo esa cultura define cómo se maneja la salud mental. Es decir, incluyendo este enfoque se puede tener una comprensión más aplicada, inclusiva, teniendo en cuenta el contexto de la persona. El otro componente de la antropología es cómo esa perspectiva cultural permite saber cómo la sociedad conceptualiza la salud mental y sus tratamientos. No es lo mismo Pereira que una población predominantemente indígena, como Pueblo Rico, también en Risaralda. Vamos a ver que son enfoques distintos, que culturalmente las afecciones se van a interpretar de una manera distinta.

SA|JA *También me mencionó el enfoque de género, ¿cómo cree que puede ser importante?*

LM Es pensar cómo el género juega papeles distintos en las sociedades y sus patologías mentales. Cómo en las diferentes culturas, por ejemplo, es más aceptado que las mujeres busquen ayuda y no los hombres. Cómo entender que los hombres busquen menos ayuda. Sirve para saber que no puedo hacer un abordaje similar si la población es predominantemente masculina o femenina. Y obviamente las dificultades que tiene, por ejemplo, la población LGTBI, que tienen dificultades de acceso. Ahí se maneja el concepto de doble estigma, por ser una minoría y dado el caso que también tengan una patología de salud mental.

SA|JA *La idea es que en lo que nos queda conversemos un poco más sobre el tema de construcción de políticas en salud mental. Para empezar y a manera de contexto, quisiera preguntarle si cree que hay políticas en salud mental hegemónicas.*

LM Sí, digamos que para que una política de salud mental se torne hegemónica debe poder sostenerse en el tiempo. Es una de las grandes dificultades que tenemos en el país, que las políticas no se sostienen en el tiempo. La continuidad depende de la capacidad que tiene de adaptarse a nuevas realidades, a crear alianzas estratégicas con sectores sociales y políticos. Que la política esté legitimada, que sea aceptada, es lo que va a definir si puede ser hegemónica. También que tenga un grado de flexibilidad para adaptarse al momento en el cual se está implementando.

SA|JA *¿Usted considera que es positivo el hecho de que sea hegemónica una política?*

LM Claro, eso permite que los cambios se puedan sostener en el tiempo. Si es una política de corto plazo no genera ningún tipo de impacto, no se cumple. Claramente es necesario que la política se sostenga en el tiempo. Para que se construya debe haber interés de los políticos en el tema, se le deben destinar recursos; si no los tiene es muy difícil que se pueda sostener en el tiempo.

SA|JA *¿Qué es lo más importante para construir una política de salud mental que sea hegemónica?*

LM Básicamente eso, que pueda adaptarse a distintas realidades, que pueda formar alianzas con sectores sociales y políticos, que sea lo más abierta posible. Lo que hoy es imprescindible puede que mañana no lo sea, la política debe poder tener eso en cuenta. Las políticas siempre requieren un grado de continuidad para que se puedan medir sus impactos y lo que generan en una comunidad.

SA|JA *¿Cómo se pueden construir esas alianzas que permiten el sostenimiento en el tiempo?*

LM Es importante que abarquen la mayor cantidad de disciplinas, de sectores. Un error común es que cuando se formulan políticas en salud, únicamente se incluye al sector salud y se dejan todos

los demás sectores de lado; entonces el sector educativo, el de empleo, el de servicios públicos, deportes, cultura, todo eso si se deja de lado, pues no se va a permitir que realmente tengan el impacto. Y lo otro, es como les decía, también la participación ciudadana. O sea, que se tenga en cuenta el movimiento de los usuarios y de sus familiares es muy importante, porque en el mundo ese movimiento asociativo ha jugado un papel muy importante en procesos de reforma, pero en nuestro país el movimiento asociativo todavía está muy dividido por patologías, entonces eso termina respondiendo a intereses particulares y no colectivos. O sea, si hay un movimiento asociativo de bipolares, un movimiento asociativo de personas con esquizofrenia, entonces termina respondiendo a las necesidades de cada grupo en específico y no a las necesidades de todo el colectivo de personas con patología mental, que eso también es un problema.

SA|JA *Doctor, me mencionaba entonces la ciudadanía. Además de ciudadanía, puntualmente, ¿qué instituciones, sectores, actores, cree que deberían hacer parte de esa construcción, de la construcción de esa red que permite el mantenimiento de una política pública en salud mental?*

LM Digamos que involucrar a la comunidad. Son todos los actores que están ahí. O sea, todos los actores que hacen parte de una comunidad, tanto públicos como privados, porque eso es lo que permite evitar esa fragmentación de esfuerzos y permite establecer nuevas alianzas (Desviat, 2023). Por ejemplo, si una política tiene en cuenta cuál es el conocimiento epidemiológico de la zona, cuáles son sus grupos de riesgo, cuáles son los territorios más vulnerables, cuáles son los puntos de apoyo para la difusión de todas las medidas, quiénes son sus líderes, cuáles son las posibles resistencias que puedan surgir en la comunidad, eso permite, de cierta manera, que una intervención tenga impacto. Si yo tengo en cuenta a la Policía, a la Fiscalía, a distintas áreas que hacen parte de la comunidad, a la Secretaría de Deportes, a la Secretaría de Educación, a la Secretaría de Cultura, si yo a todos ellos los tengo en cuenta a la hora de diseñar una

estrategia y todos ellos cuentan con el interés en participar, va a permitir que esto tenga un impacto. Lamentablemente, en nuestro país la capacidad para trabajar en grupos y con otros sectores, que muchas veces van a tener una visión diferente sobre el origen y la forma de abordar los problemas, es un problema que tenemos. Se desconocen todas esas realidades distintas. Entonces, sí es necesario que sea lo más incluyente posible de todos los actores que hacen parte de la sociedad.

SA|JA *¿Cuál es el lugar de la comunidad en la elaboración y sostenimiento de estas políticas y también de la ejecución de estas políticas en torno a la salud mental?*

LM La comunidad tiene un papel fundamental y nuclear, o sea que tiene que estar vinculada, tiene que hacer parte de todo este proceso. O sea, no se puede dejar a la comunidad excluida de cualquier tipo de intervención que la afecte directamente. Entre más incluyente sea, pues sin duda las medidas van a tener un mayor impacto.

SA|JA *Desde el punto de vista de la experiencia del paciente, ¿cómo puede experimentar el paciente ese lugar de la comunidad? Por ejemplo, cuando una comunidad es, digamos, una comunidad que favorece ese proceso de recuperación o no favorece ese proceso de recuperación, ¿cómo puede influir eso en el paciente? ¿Cómo el paciente puede experimentarlo o vivirlo?*

LM Sin duda eso va a tener un impacto en su recuperación, porque si la persona está en un entorno que es protector, que es favorable, sin duda la probabilidad de recuperarse es alta. En cambio, si la persona está en un entorno que es desfavorable o en un entorno que es descalificador, que es hostil, pues ¿eso qué va a hacer? Que la persona esté cada vez más segregada, que busque menos ayuda, que no busque, digamos, ningún tipo de intervención porque va a sentir que va a ser juzgado, que va a ser rechazado, ¿no? O sea, el contexto en el cual uno vive siempre va a jugar un papel fundamental en este proceso.

SA|JA *A manera de ilustración, ¿cómo ha visto usted que un paciente experimenta una comunidad que es adecuada para un proceso de recuperación?*

LM Por ejemplo, si una persona tiene una condición, o sea cual sea la patología, pero en su comunidad, por ejemplo, tiene acceso a grupos de apoyo, a grupos de ayuda mutua, tiene acceso a programas o a servicios de formación continua o de formación cultural, sin duda va a tener un papel mucho más importante en su recuperación que cuando la persona no tiene acceso a nada de esto. Es decir, yo he visto en la práctica que muchas veces hay personas que cuentan con un entorno muy favorable y ese entorno facilita su proceso de recuperación, pero también personas que pueden asistir a todas las actividades grupales que nosotros tenemos, pero llegan a su casa y tienen un entorno desfavorable o llegan a su empleo y su empleo es terrible, pues vemos que eso sin duda impacta en su recuperación, sabemos que la persona se sigue sintiendo mal, sigue sintiéndose frustrada frente a lo que está viviendo; entonces sin duda el entorno va a jugar un papel significativo en todo este proceso y si eso no se tiene en cuenta pues va a ser difícil la recuperación.

SA|JA *Retomando un poco el tema de los hospitales y los psiquiátricos, ¿es posible sostener iniciativas en salud mental entre ellos?*

LM Sí, yo creo que los procesos de intervención sí deben ser incluyentes porque en el caso de los hospitales psiquiátricos es necesaria su reforma, como se ha hecho en distintos lugares del mundo, pero creer, por ejemplo, que el hospital psiquiátrico va a desaparecer pues realmente es utópico. O sea, no es algo que uno considere que sea muy posible en nuestro medio, pero sí se debe abogar por unas prácticas que sean acordes a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008), que es lo que debe regir, digamos, todas las prácticas en salud mental. Entonces, básicamente esta convención habla sobre la importancia de que los ingresos sean breves, que se eviten las prácticas de inmovilización, respetar las decisiones

de los usuarios. Si se excluyen este tipo de instituciones, sin duda pensar en que vaya a haber un cambio en el modelo de atención es muy difícil. Entonces, y más teniendo en cuenta que la mayoría de los sitios que prestan servicios de salud mental en Colombia son de carácter privado, no podemos excluirlos de su participación como agentes de intervención. Sin duda deben estar incluidos en todos estos procesos, deben hacer parte.

SA|JA *Por ejemplo, hablando del enfoque más precisamente de salud mental comunitaria, ¿cree que es posible vincular al hospital psiquiátrico ahí? Y si es el caso, ¿cómo cree que podría hacerse eso?*

LM En los modelos de atención que se han hecho en el mundo, de hecho, el hospital psiquiátrico jugó un papel importante y no fue excluido. Si uno mira, por ejemplo, el ejemplo clásico que es el de Italia, que fue como la primera reforma psiquiátrica grande en el mundo, el hospital psiquiátrico dejó de ser el eje, pero hacía parte de la red de atención y lo que se hizo gradualmente fue que, por medio de un proceso de desinstitucionalización, las personas que estaban adentro empezaron a ser parte de todos los servicios comunitarios de intervención; eso hizo que al final la necesidad del hospital psiquiátrico fuera cero. Y, de hecho, finalmente muchos de esos hospitales fueron cerrados. Acá lo que podemos decir es que el hospital psiquiátrico sí puede jugar un papel en el proceso, pero ese papel es un papel de apoyo, de formación, de buscar la manera de que las internaciones, como les decía, sean internaciones breves, evitar la institucionalización de los pacientes. Además, que la atención que se haga, sea basada en un enfoque en derechos humanos. Si todo eso se hace, con seguridad, el hospital psiquiátrico ya no va a ser el centro de la intervención como es actualmente, sino que simplemente va a ser parte de un modelo de atención. O sea, va a ser un recurso más con el cual contar, pero ya no va a ser el centro.

SA|JA *¿Ese tipo de modelos se pueden implementar en Colombia, en Bogotá, o más específicamente en Pereira?*

LM Pues es complejo, porque esto requiere, digamos, una voluntad de todos los actores que están involucrados en el proceso de intervención. Entonces, no podríamos decir que sea fácil de implementar. O sea, yo creo que sí hay una serie de barreras que puede haber desde el punto de vista político, desde el punto de vista financiero, que hace que considerarlo hoy como una alternativa no sea, digamos, algo fácil. Sin embargo, yo creo que sí se podría hacer en algún momento; por ejemplo, se puede empezar por mejorar los procesos de formación. O sea, si se parte de eso, esto va a generar una mayor conciencia en la necesidad de implementar modelos de atención diferentes. Entonces, eso puede ser un primer paso. Y lo otro es que se implemente como tal lo que la ley de salud mental desde el año 2013 solicita y que hasta ahora no se hace, y es que haya una red integral e integrada de servicios de salud mental, que en este momento en Colombia no la tenemos. Trabajar en red es muy difícil, porque no hay una red. Entonces, ¿cómo vamos a hacer ese trabajo interdisciplinario? Yo creo que, si eso se logra modificar, pronto podremos tener algún avance. Pero creo que, de momento, pues decir que sea algo fácil no, porque si requiere primero voluntad política, pero en segundo lugar también requiere un interés de todos los actores involucrados, que quizás en este momento creería que es muy difícil lograrlo. Pero poder, se puede. Otros países ya lo han hecho y al comienzo hubo mucha resistencia y hoy en día, sus modelos de intervención han cambiado.

SA|JA *¿Qué sería lo más importante de modificar en nuestro contexto para que se adapte o para que se adecúe?*

LM En nuestro medio tendríamos que abogar por que se apliquen los preceptos de la ley de salud mental. O sea, que se busque un trabajo en red, que se busque un trabajo interdisciplinario. Vuelvo y les digo, yo creo que todo partiría de la base de un proceso de formación, de mejorar el proceso de formación

académico en las distintas disciplinas. Y yo creo que en la medida que eso genere una mayor conciencia, probablemente eso facilite que haya algún cambio también en el modelo de intervención.

SA|JA *Doctor, hablando puntualmente de los cambios que se están proponiendo en la reforma a la salud, ¿usted cree que en algo contribuyen, por ejemplo, a esta visión? ¿En algo hacen que sea más posible desarrollar, por ejemplo, un sistema de salud mental comunitaria? ¿O en algo dificultan, por ejemplo, el desarrollo de las políticas de salud mental como hoy están pensadas? ¿Cómo piensa que pueden influir?*

LM Pues es posible, pero sí me parece que es un poco prematuro predecir ese alcance que puedan tener las políticas en un escenario de reforma. Por ejemplo, la reforma propuesta habla mucho de potenciar la atención primaria en salud. Eso puede, obviamente, tener un impacto positivo en toda la atención de salud mental. Sin duda, eso puede tener algo importante. Lo otro es que, obviamente, el sistema de salud colombiano, al poseer unos intermediarios de la administración de los recursos, que son las EPS, eso a veces dificulta mucho la existencia de redes de atención comunitaria, precisamente porque su sistema de contratación está más enfocado en el tema de la rentabilidad económica y no en la prestación de servicios de salud mental comunitarios.

De esta manera, uno creería que quizás, por ejemplo, si el nuevo modelo planteara que los servicios de salud mental comunitaria pueden ser contratados directamente por el Estado sin ningún tipo de intermediación, en teoría podría haber una ventaja en el nuevo modelo. Pero, pues eso hay que verlo con cautela, porque de todas formas es ya conocido que el gasto en salud mental, en general, es uno de los más bajos del presupuesto total en salud en Colombia y eso de hecho es así en todo el mundo.

Por esto, hay que ver qué tanto de eso podría cambiar. Si uno mira algunos aspectos de la reforma, podrían ser positivos. Por ejemplo, la territorialización de la atención, que es uno de los preceptos de la atención también comunitaria, puede ser algo positivo. O sea, que existan zonas y sobre esa zona está toda la intervención para que la persona no tenga que ir a otro lado a buscar atención. Eso podría tener un impacto positivo y así de hecho funcionan muchos de los sistemas. Cuando se hizo la reforma psiquiátrica, por ejemplo, Francia, Italia y también España, trabajaron sobre territorialización de la atención y eso puede tener un impacto positivo a la hora de hacer intervenciones en salud mental. O sea, que es posible que haya cambios, pero habría que ver con más detalle qué tanto del resto de intervenciones o de propuestas de reforma pudieran impactar positivamente.

SA|JA *Por curiosidad, ese tema de la rentabilidad y la asignación del recurso me llama la atención porque usted ahora me comentaba, por ejemplo, que en su IPS manejan un modelo de intervención a nivel programa y de pronto puede ser en algún caso más rentable que una intervención a nivel cobro por intervención, ¿cierto? Si le entendí bien. Pensando en eso, ¿usted cree, por ejemplo, que una iniciativa de salud mental que vaya más a nivel programa o más de pronto cercana a un tema de salud mental comunitario puede llegar a ser más rentable?*

LM Yo creo que sí, o sea, de hecho, lo que se ha visto históricamente es que los modelos de atención comunitaria sí son más costo-efectivos que los modelos de intervención hospitalaria, o sea, eso sí es algo que incluso se ha medido, porque básicamente las intervenciones netamente hospitalarias tienen un costo mucho más elevado. Entonces, estas intervenciones que tengan un carácter comunitario efectivamente pueden tener un mayor impacto también en términos económicos, porque pueden hacer que muchos de los recursos que se destinarían al sostenimiento y al mantenimiento de los hospitales psiquiátricos se destinen más a intervenciones comunitarias, y de hecho así funciona en

otros países, ¿no? O sea, en la medida que el hospital psiquiátrico dejó de ser el eje, se le empezaron a destinar muchos de esos recursos que se destinaban solo al hospital psiquiátrico, a programas comunitarios, y eso mejoró los procesos de atención. Entonces estos modelos cuando se aplican bien, pueden tener un impacto en términos económicos, que eso obviamente en salud es uno de los indicadores más relevantes, o sea, entre lo que me genere menos gasto, obviamente también me va a generar un mayor interés.

Bibliografía

1. Caldas de Almeida, J. M. (2007). Implementación de políticas y planes de salud mental en América Latina. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 111-116.
2. Castejon, B. M. (2023). Modelo biomédico hegemónico y neoliberalismo: obstáculos para el modelo comunitario y otros avances en salud mental. En O. A. Bravo, *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa* (págs. 51-89). Cali: Universidad Icesi.
3. Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Bogotá: Diario Oficial n° 48680.
4. Davies, J. (2022). Sedados: cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental. *Capital Swing*.
5. Desviat, M. (2023). Actualidad, pasado y perspectivas de la salud mental comunitaria/colectiva. En O. A. Bravo, *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa* (págs. 13-29). Cali: Universidad Icesi.
6. Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
7. Mackenzie, J. (2014). *Global mental health from a policy perspective: a context analysis*. London: Overseas Development Institute.

8. Menéndez, E. (1990). Modelos de atención en salud: de la medicina tradicional al modelo médico hegemónico. *Cuadrenos Médicos Sociales*, 60, 71-88.
9. Muñoz, L. F., Muñoz, C. X., & Uribe, J. M. (2020). La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-19.
10. Naciones Unidas. (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.
11. Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. Caracas: Organización Mundial de la Salud.
12. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles: Grupo de Gestión integral para la Salud Mental. (2024). Análisis de la Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Shiffman, J., & Smith, S. (2007). Generation of Political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *The Lancet*, 370(9595), 1370-1379.
14. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). La mejora de la atención de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

/ 12 /

Entrevista a Elvis Siprian Castro Alzate^{*EC} (Colombia)

Entrevistadoras:

AV Alejandra Villota
AR Ana Sofía Rendón

AV|AR *¿Cómo ha sido su formación?, ¿cuáles han sido sus temas de investigación?, ¿cuáles han sido tus intereses?*

EC Yo soy terapeuta ocupacional. Soy egresado de la escuela de la Rehabilitación humana de la Universidad del Valle. Me gradué en el año 2004 como terapeuta ocupacional. Siguiendo con el ciclo de formación, tuve la oportunidad de realizar una maestría en epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, y allí empieza ese acercamiento al proceso de investigación, en lo que tiene que ver con la evaluación de la carga de discapacidad secundaria al intento de suicidio en personas que eran atendidas en la red de salud de Ladera, pero luego se amplió el espectro hacia otras 3 redes de salud del municipio de Santiago de Cali. Entonces trabajamos con un instrumento de evaluación de discapacidad que se llama

Cuestionario de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, o más conocido como WHODAS 2, que tiene una serie de lineamientos de sistemas de clasificación y de la Organización Mundial de la Salud. Eso se llama clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad de la salud. Luego, pasado un tiempo, hacia el 2015, me voy a Chile a hacer un doctorado en salud mental en la Universidad de Concepción, al sur de Chile y este proceso de investigación, de formación para complementar los procesos de investigación, se da en el marco de mi nombramiento con la Universidad del Valle, donde era una exigencia que para poder continuar el proceso de nombramiento tenía que estudiar un doctorado en el área psicosocial. ¿En qué investigo? Depende de lo que ustedes me pregunten. Si me concentro en lo que tiene que ver en mi vida como terapeuta ocupacional y como doctor en salud mental, pues, les puedo decir que estoy trabajando varios temas, temas que involucran funcionamiento y discapacidad en personas con diversos trastornos mentales, pero también estamos trabajando en todo lo que tiene que ver con procesos de acompañamiento a cuidadores de personas con alto nivel de dependencia, entre las cuales hay personas que conviven con trastornos mentales graves, tales como trastornos depresivos mayores, trastornos afectivos bipolares, esquizofrenia.

También en este momento estoy adelantando procesos de investigación en lo que tiene que ver con el abordaje del trauma de niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos a cualquier manifestación de violencia, llámese negligencia, violencia física y violencia psicológica y agresión sexual. Pero, si me voy como epidemiólogo, pues he trabajado en temas de estigma en salud mental, en evaluación de discapacidad de personas, en este momento, con personas que son sobrevivientes a cáncer infantil, evaluación de discapacidad en personas que han sobrevivido a siniestros viales, la aplicación de la epidemiología en todo lo que tiene que ver con mortalidad en comunidades indígenas en Perú. Todo depende del escenario en el cual me esté moviendo como terapeuta ocupacional, como actor en salud mental o

como epidemiólogo, pero si ustedes quieren profundizar un poco más, pueden buscar mi CvLAC¹ o mi hoja de vida de Orcid², que ahí van a encontrar como toda mi producción científica, y allí puedes destacar lo que ustedes consideren pertinente para para efectos de su proyecto.

AV|AR *Hablando un poquito de esto de la salud mental que nos mencionabas, para ti, ¿qué es esto y por qué trabajas alrededor de la de salud mental?*

EC Pues miren, si yo les defino salud mental desde el libro, yo les podría decir que es toda condición que exige que las personas desplieguen sus capacidades y recursos emocionales, cognitivos para ajustarse a las demandas del entorno. Eso incluso lo podemos encontrar en la ley actual de salud mental y en la misma política nacional de salud mental. Pero nosotros no podemos ver la definición de salud mental solamente desde la perspectiva del bienestar. La salud mental, yo la veo como un estado en el cual las personas se ajustan a las exigencias de la vida cotidiana y tienen la capacidad de expresar emociones dependiendo de las características del evento que estén viviendo. Y esto de la expresión de emociones, sentimientos, pensamientos, sea en función de que si, por ejemplo, fallece un familiar muy importante para mí, ¿qué es lo normal?, entre comillas “normal”. Es que sí es muy importante para mí que exprese emociones de dolor, y que haga un proceso de duelo. Pero sí estoy en un escenario en el cual estoy compartiendo con otras personas intereses en común, gustos en común, tengo la capacidad de expresar mis emociones de satisfacción, de emoción, y que, por ejemplo, si he tomado la decisión, de bueno...voy a partir de la experiencia personal: yo tengo un hijo, y para mí fue muy emocionante ver cómo este niño, cuando yo estaba cumpliendo años, ese mismo

1. CvLAC: <https://www1.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/hdv/-/directorio/S755426-6242-4/view>

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2498-350X>

día empezó a caminar. Sus primeros pasos los dio ese mismo día. Entonces, salud mental para mí es poder disfrutar de ese espacio, mantener ese recuerdo grato en mi cabeza y, ante todo, saber significar la experiencia de vida que estoy teniendo. Entonces yo no asumo la salud mental desde la perspectiva de la psicopatología. Veo la salud mental desde la capacidad de afrontamiento y de la capacidad de adaptación en la cual pueda decir que esta persona tiene o no tiene recursos para afrontar esas situaciones de vida y, si no las tengo, efectivamente debo buscar ayuda. Tengo una visión de la salud mental más allá de esa visión tradicional de la psicopatología.

Siguiendo con el hilo conductor, en este momento estoy más cercano a lo que se denomina alteraciones de la salud mental, llámelo problemas de salud mental o trastornos mentales, y apenas estamos trabajando en estos escenarios de construir investigación alrededor de la salud mental, donde por ejemplo, estamos trabajando mecanismos para hacer ejercicios de fortalecimiento de la participación política de mujeres cuidadoras de personas con alto nivel de dependencia. Entonces allí no estamos psicopatologizando, sino que estamos proyectando el fortalecimiento de capacidades en un grupo de personas; esa es una perspectiva de salud mental. Pero también estamos trabajando del otro lado, en el otro extremo, en el que sabemos que las situaciones de trauma complejo son complejas, valga la redundancia. No desconocemos el sufrimiento que pueda haber por tener una experiencia como que eres una niña de 8 o 10 años y tu padre o tu padrastro es un abusador sexual, y por lo tanto, no quieres volver a tener contacto con el colegio, no quieres volver con el contacto con una figura masculina, y entonces ahí venimos trabajando toda esta parte del proceso de rehabilitación.

Entonces sí, efectivamente he tratado de orientar la investigación o los mecanismos de investigación en los cuales participo, dando respuesta tanto a la perspectiva positiva, pero también a la perspectiva negativa, donde tradicionalmente nos hemos

desenvuelto como profesionales de la salud. Mi primer escenario de vinculación con investigación se los dije ahora: conductas suicidas, intento de suicidio, evaluación de discapacidad, porque seguimos haciendo énfasis en toda esa parte de la carga de discapacidad, de la carga económica, del nivel de estigma que pueden tener personas con intento de suicidio. Pero también miramos todos esos elementos del estigma por asociación por el hecho de que yo sea cuidador de una persona que tiene un trastorno mental grave. Estamos reconfigurando las cosas y, por eso, dentro de esas trayectorias que hemos tenido en procesos de investigación, recientemente en el simposio de investigaciones con una colega a nivel de formación de doctorado, pero que ella es psiquiatra, desarrollamos una mesa técnica de investigación donde abordamos temas propiamente de salud mental, como se propician habilidades sociales en adolescentes que viven en condiciones de riesgo, para que luego repliquen esas experiencia de habilidades sociales con niños menores de edad durante la primera infancia. Entonces, no sé si dentro del discurso que les estoy ofreciendo, están identificando esa visión más allá de la psicopatología clásica.

AV|AR *Siguiendo un poco el hilo alrededor de estas dificultades, le queríamos preguntar que problemas se atraviesan desde lo público y lo político o institucional.*

EC Miren, hay varias cosas: lo primero es que, gracias al estigma que existe, las personas con algún tipo de diagnóstico son invisibilizadas, son rechazadas. Incluso desde la misma prestación de servicios de salud, hemos visto cómo los mismos profesionales tienden a asumir una conducta que estigmatiza, porque ya se deja de creer en el potencial terapéutico, porque ya se sigue rotulando como que, “Ay, ya viene a pedir la licencia médica para obtener un recurso económico,” “ah, esta persona no es adherente y pues no, pues mandémosle ahí cualquier cosita, prestémosle la atención porque está llamando la atención.” Colombia se ha referido a su ley de salud mental y a su política de salud mental diciendo que tiene una orientación más

de carácter comunitario, o sea, para mí eso es algo que dista mucho de la realidad, porque me sigo preguntando si en un contexto como el colombiano existen realmente dispositivos comunitarios para la atención de la necesidad de personas que tienen algún tipo de diagnóstico o requieren el apoyo del acompañamiento psicosocial.

Desde la experiencia que he tenido, es una experiencia básicamente centrada en las trayectorias de la academia, efectivamente, desde la Secretaría de Salud se han generado algunos procesos, tuve la oportunidad de trabajar en un proceso de ampliación de cobertura en salud mental. ¿Pero qué es lo que estábamos haciendo? Desde mi punto de vista, pañitos de agua tibia. Diciéndole a las personas “mmm, vamos a hacerle un acompañamiento durante un proyecto que dura en marzo a junio”, pero se desconocía, por ejemplo, el efecto que tiene la temporada de fin de año en las personas con algún tipo de malestar emocional, algunas personas hablan de sufrimiento psíquico. Por ejemplo, esa perspectiva o esa sensación de soledad que se presenta en muchas personas durante la temporada de fin de año y principios de Año Nuevo, el incremento del consumo de alcohol, el no saber el impacto que tienen las sustancias psicoactivas, la naturalización del consumo de las sustancias psicoactivas, que hace que definitivamente se generen unas condiciones que perpetúan las problemáticas para hacer tantas intervenciones como investigaciones en el área.

AV|AR *Justamente también le quería preguntar, ¿cómo cree usted que también este tema del individualismo y el éxito, basado en el esfuerzo personal, puede afectar también la salud mental de este tipo de población con la que usted trabaja?*

EC No podemos desconocer que en el contexto colombiano, estamos en un contexto donde la competitividad viene incrementándose. Creo que nos falta mucho para pensar en colectivo. Esa es una experiencia que recientemente venimos adelantando con mi estudiante de maestría, en la que se está tratando de

hacer un esfuerzo para comprender las lógicas de lo que es el cuidado, como una ocupación colectiva, donde se modelan recursos sociales para el apoyo entre personas que tienen las mismas características, en ese caso el cuidador o cuidadora de personas con discapacidad. Pero también estamos hablando de una serie de elementos que involucran presiones sociales. ¿Por qué? Algo que se ha incrementado desde la experiencia que he tenido, particularmente con población joven, es que tenemos nuevas dependencias, ejemplo, redes sociales. Y hay personas que se sienten muy mal si solamente tienen 10 likes en su red social favorita. Hay personas que se despersonalizan, valga la redundancia, por estar un escenario de una interacción con un contexto virtual.

Puede ser una frase de cajón, pero hagan un ejercicio: salgan un día cualquiera a un centro comercial, a un bar, a una discoteca y van a ver qué hay personas que están reunidas. ¿Cuántas de esas personas no tienen un celular a la mano? Y hay pocas interacciones reales, así estemos juntos. Por ejemplo, el uso de la tecnología de las tecnologías de información y comunicación es útil para situaciones como la que estamos en este momento. Eso es un uso de tecnología de información y comunicación funcional. Nos facilita la vida a nosotros tres en este momento, pero no tiene sentido que yo invite a un grupo de amigos con los cuales no me veo desde hace más de 1 año o 5 años, y todos estemos con celular a la mano.

Entonces, digamos que esos elementos de centrarnos en lo individual también involucran esos desarrollos tecnológicos que tenemos en este en ese momento, en la parte de la competitividad. Creo que hay elemento adicional, que ese sí es histórico, y es la desconfianza. Siempre nos han tratado de inculcar esos elementos de lo que popularmente se denomina la malicia indígena; no estoy de acuerdo con ninguno de los dos conceptos, ninguno de los apelativos ni malicia, ni indígena. Pero definitivamente, dentro de esos escenarios siempre hemos visto que las personas están tratando de anticipar que el otro lo que

quiere es sacar ventaja de ti o hacerte algún tipo de daño, y eso es un elemento histórico, ya no es de hace 5, ni de 10 ni de 15 años, sino que creo que se da aquí en Colombia desde que es una República.

AV|AR *En este contexto actual de las denominadas como nuevas derechas y sus discursos de odio, ¿usted considera que también contribuirían, también a las afectaciones en la salud mental?*

EC Yo no lo estoy viendo desde el punto de vista de las derechas o las izquierdas. Yo lo veo desde el radicalismo. Dentro de las conversaciones que he tenido con las personas con las cuales trabajo, he dicho que el único ismo que me llaman la atención y que me gusta es el humanismo. ¿Por qué? Porque gracias al humanismo, yo a ti estoy viendo a ti como una mujer que es sujeto de derechos, te hace igual a mí en términos de derechos. Hay personas que, llevémoslo al contexto político actual, son tan sectarias que están desconociendo realidades que ya están saliendo a gritos, a flote. Y la gente que hoy en día está optando por la oposición, es decir, el partido Centro Democrático, está tratando de cambiar el foco de la información para desconocer que efectivamente hubo desaparición forzada y fue sistemática. Está generando mecanismos como una cortina de humo, como por ejemplo el borrar los murales, los grafitis de “las cuchas tienen razón”. ¿Todo por qué? Porque supuestamente violenta el derecho que tienen ellos como personas que piensan de una manera extremista.

Pero también soy cuestionador de elementos históricos que involucran posicionamientos de izquierda. Por ejemplo, para mí las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia en ningún momento han representado a la población. ¿Por qué? Porque en algún momento tomaron las armas y las apuntaron hacia la población civil, y cayeron muchas víctimas. Sí, puede que exista una confrontación política, pero creo que hay una serie de condiciones que hacen que las personas no renuncien a su condición de ser humano y mucho menos a sus derechos humanos, pues

yo no sé si por la edad que tengan ustedes, estén enteradas de situaciones como lo que ocurrieron hace unos años en el Chocó, en una zona que se llama Bojayá, donde se vulneró la dignidad humana, cayeron muchas personas inocentes. ¿Y pues quien lo hizo? Un grupo ilegal, que era un grupo guerrillero. Entonces, definitivamente no, no tengo que verlo solamente de las nuevas derechas o de la izquierda, tengo que verlo desde el radicalismo.

Y pues yo no quiero entrar en esta discusión política en que las personas que piensan que son de centro son personas tibias, para mí es tan delincuente la persona que hace parte de un grupo armado ilegal como la guerrilla que asesina a un campesino porque no paga una vacuna, pero también es tan delincuente, aquel ex militar o militar que siguiendo una orden de un ministro de defensa o de un ex presidente, se encontró una persona con discapacidad, le dio un tiro de gracia y le puso unas botas para presentarlo como un falso positivo, o sea, para mí lo que prima es la condición humana, el reconocimiento de los derechos humanos, el sujeto de derechos. Lo segundo, el hecho de saber que por encima de los derechos humanos no debe haber un posicionamiento político de derecha o izquierda.

AV|AR *¿Qué otros desafíos considera que la salud mental está enfrentando en la actualidad?*

EC No lo pensemos solamente como salud mental. Pensémoslo como nuestro sistema de salud. Primero, estamos viendo que hay una crisis del sector salud derivada de una serie de intereses económicos de personas que no aceptan que el sistema de salud tiene que ser ajustado. ¿Por qué? Porque definitivamente hay unos focos de corrupción bastante fuertes en todo lo que tiene que ver con el manejo de cada peso que se da en una unidad de pago por capitación. Es el primer elemento que llama la atención del sistema de salud: como está, no es viable, y lo estamos viendo con los problemas que están teniendo las EPS en este momento. Si yo requiero, vayámonos al ámbito de lo que tiene que ver con la prestación de servicios de salud mental, si

yo pido una consulta a un psiquiatra y hago parte del régimen subsidiado y particularmente en una de las EPS que tenemos aquí en Cali, que se llama EMSSANAR, seguramente no voy a conseguir una cita para los próximos tres meses, cuatro meses. Si yo hago parte del régimen contributivo y estoy con alguna de estas EPSs que están intervenidas, seguramente la oportunidad de la respuesta, la atención por psiquiatría, también va a ser larga, pero listo, estoy de buenas y consigo la consulta por psiquiatría para dentro de un mes. Me atiende el psiquiatra, me sigue el tratamiento farmacológico y voy al operador de los medicamentos y me dice, “Le entrego esto, le entrego este, queda pendiente esto”, o sea, me está alterando el plan de tratamiento que está ofreciendo el psiquiatra.

Pero ya adentrándonos en lo que tiene que ver con los servicios específicos en el área, por ejemplo, el problema grande que tenemos está relacionado con la financiación que hay en el sistema de salud, la financiación para los programas y servicios de la salud mental es ínfima, es muy reducida, por un lado, y si nos vamos directamente al contacto profesional de psiquiatría con el usuario por el modelo de salud que se tiene, seguramente la primera alternativa no va a ser la psicoterapia, sino que va a ser el psicofármaco. Desde mi experiencia, para mí la primera opción es escucharte: ¿qué es lo que tienes?, para movilizarte, para identificar algunas situaciones, y esto no solamente lo tienen que hacer los psiquiatras o los psicólogos clínicos. Todos los que trabajamos en el ámbito de la salud mental, prestando servicios para dar respuesta a problemas y trastornos mentales, hemos partido de que muchas veces tenemos que partir de acercarnos a las personas para conocer cuáles son sus necesidades, pero en la consulta de 25 minutos no se va a hacer una psicoterapia efectiva y mucho menos cuando están tan dispersas una sesión de la otra.

Nuestra organización del sistema de salud privilegia el psicofármaco, por un lado, privilegia las decisiones de los profesionales de psiquiatría y desconoce...bueno, no, no lo desconoce, no

acude al principal recurso que puede haber, que es ofrecerle espacios de escucha a la persona. Entonces pienso que esas son las situaciones que se tienen que analizar, y por último, quien lo dice es un académico, la investigación es el área es ínfima, no hay recursos para investigar. Y pues si yo soy tomador de decisión en investigación en el Ministerio de Ciencia y Tecnología y tengo que tomar decisiones frente a un estudio que está orientado hacia la evaluación de vacunas para la malaria o la evaluación del impacto de una estrategia psicosocial para la reducción de la carga de cuidadores, ¿qué creen que van a escoger primero? Posiblemente la enfermedad infecciosa. Obviamente ahora hay un poquito más de conciencia sobre la importancia de investigaciones en el área, temas que involucran salud mental o trastornos mentales, pero prima todavía lo biomédico.

AV|AR *Justamente alrededor de esto, ¿cuáles serían las posibles respuestas desde lo técnico, de lo institucional y hasta en lo político que llegan o que podrían llegar a hacerse alrededor de todo esto?*

EC Hay que hacer un análisis en profundidad y ver qué recursos tenemos. Falta mucho tiempo para que en Colombia se cambie esa normalización de la corrupción, en lo que tiene que ver con el manejo de los recursos que son necesarios para tanto la atención como la investigación. Pues, posiblemente un mayor control podría ser, podría funcionar. Podría, sí, pero también se requiere como una mayor conciencia de las personas que manejamos todo tipo de recursos. Si yo te prometo que voy a escribir un artículo en la Revista colombiana de Psiquiatría, tengo que demostrar que efectivamente escribí un artículo para la Revista colombiana de Psiquiatría; si yo a la persona que estoy atendiendo le digo “voy a generarte un espacio de escucha cada 8 días en mi sesión de terapia ocupacional, de psicología, de psiquiatría”, pero resulta que a los 8 días, por estar trabajando en 5 o en 10 partes, le voy a incumplir al usuario, entonces, estoy generando problemáticas de carácter, de continuidad y también como cierto impacto de carácter ético.

Entonces dentro de esos espacios hay que trabajar en elementos estructurales, que involucren la asignación de recursos, la distribución equitativa de esos recursos, el manejo del recurso de la manera más ética. Pero también se requiere trabajar en una serie de actitudes en los profesionales que van a prestar los servicios a futuro para evitar que efectos como esa presencia del estigma, esa falta de compromiso frente al proceso de investigación se siga perpetuando. Entonces hay que pensar en los dos escenarios, tanto de arriba para abajo, como de abajo para arriba.

AV|AR *Con respecto a esto que nos dice de que a veces los profesionales están atravesados por algunos estigmas, por la falta de compromiso y de que nos deberíamos posicionar más desde la escucha, ¿cómo considera usted qué debe ser la formación de nosotros los profesionales en este campo de la salud mental?*

EC ¿En la universidad donde ustedes estudian hablan abiertamente de suicidio? No, ¿cierto que no? Hay problemáticas de salud mental que se tienen que abordar sin abordarse desde la perspectiva de los mitos. Hay que formar el talento humano, o sea, que las intervenciones tempranas sean durante la formación profesional, no sean después de que nosotros estamos egresados. Entonces, por ejemplo, con el equipo de trabajo de lo que antes se llamaba Red Maristán, que son profesionales de la Universidad de Concepción, de la Universidad Central del Ecuador, de la Universidad de Málaga, realizamos un estudio centrado en la evaluación de estigmas en estudiantes universitarios, y hemos tenido experiencias tanto cualitativas como cuantitativas. ¿Qué nos hemos encontrado? Que hay programas académicos como enfermería, medicina, fisioterapia, fonoaudiología, que no tienen dentro de su malla curricular temas relacionados con salud mental, porque se sigue generando esa división de salud física y salud mental. Entonces nos llenan nuestros currículos de una serie de asignaturas de carácter general, que posiblemente lo que están apuntándoles a la formación integral del individuo, pero muchas veces esas asignaturas de formación integral del

individuo, del sujeto, no son más que ruido. Entonces, a mí me gustaría -de hecho lo vamos a hacer aquí en la Universidad del Valle, esperamos que para el próximo año con el equipo con el cual estamos trabajando el programa de la prevención del maltrato infantil- que generemos una asignatura de carácter interdisciplinar para que las personas conozcan qué es el maltrato infantil, qué estrategias hay para darle la respuesta a ellos, y no esperar a que esté en un servicio de urgencias para que le llegue el niño con una fractura y simplemente se atiende a la fractura, pero no se atiende a la causa de la fractura.

Entonces necesitamos unas respuestas académicas tempranas, donde se enseñe a las personas, a los futuros profesionales a identificar las problemáticas de carácter psicosocial de una manera amplia y oportuna. Se requiere en muchos escenarios, que se aborden temas que son considerados tabúes: la conducta suicida, la agresión sexual, la naturalización de expresiones de violencia en diferentes escenarios. Entonces creo que podemos ir trabajando en eso desde ahora en la formación de profesionales. Y también las personas que ya están en el medio independiente, que ya estén formadas, creo que también se pueden beneficiar de algunos programas que estén orientados hacia la consolidación de experiencias significativas.

Un ejemplo claro que les puedo dar, bueno, les puedo dar los dos ejemplos: uno fue la experiencia que tuvimos el semestre pasado con el Simposio de Investigaciones en Salud, donde tuvimos la mesa técnica en salud mental, donde abordamos todo el espectro, desde salud mental hacia los trastornos mentales, y no solamente lo estábamos orientando hacia lo que hacemos en los hospitales universitarios del Valle, psiquiátricos universitarios del Valle y en las Empresas Sociales del Estado; también incorporamos elementos que vinculaban el uso del deporte, el uso de la terapia asistida con perros, el hecho de trabajar con municipios de categorías 4, 5 y 6 para el fortalecimiento de habilidades sociales. Entonces estamos saliéndonos un poco del escenario institucional de alto nivel de complejidad y que

también se necesita saber, entender que los temas que involucran atención de necesidad del punto de vista psicosocial se dan en todos los escenarios donde ocurre la vida, donde transcurre la vida. Por esto, yo puedo hacer abordajes para la promoción de la convivencia de la salud mental en una escuela: ¿qué ocurre con el bullying?, ¿qué ocurre desde la perspectiva del niño que hace bullying?, ¿qué ocurre desde la perspectiva del niño que recibe bullying?, ¿qué ocurre desde la perspectiva de la profesora que, siendo testigo de que hay bullying, decide no hacer nada?, ¿qué ocurre desde la perspectiva de las directivas?

También en diversos escenarios hay que identificar cuál es el efecto de ese nivel de estigma para que las personas tomen la decisión de no ir a consulta, ¿cuáles son las actitudes que están teniendo los profesionales en la consulta? Porque si seguimos pegados al computador, si seguimos centrados en lo que tiene que ver con cumplir con una serie de metas, y yo sé que en este momento es una utopía, seguramente vamos a dar respuesta a lo que se espera de las personas como profesionales. Entonces, como para resumir un poco, ideal es empezar a trabajar desde la formación de los currículos.

AV|AR *En este sentido, ¿usted cree que los aspectos políticos y éticos que están involucrados en la formación de los profesionales pueden ser enseñados o hacen parte de las características previas de cada persona?*

EC Creo que es la pregunta más difícil que me has hecho hasta el momento, porque es que, a ver, todos somos historia de vida, y no podemos desconocer el contexto. Te puedo narrar historias. Cerca del 70, 80% de estudiantes de la Universidad del Valle son personas de estratos 1, 2 y 3, y ustedes saben qué ocurre en los estratos 1, 2 y 3 de un país como Colombia. Agreguémosle una variable adicional: no son caleños. Vienen del sur del país, vienen de Pasto, vienen de Putumayo, vienen del Cauca. Llegan a una ciudad grande donde posiblemente se van a enfrentar a situaciones de soledad. Entonces, no podemos desconocer el contexto.

Así, estamos identificando qué situaciones del contexto que pueden afectar, pero también hay personas que son de extracción humilde y que por sus capacidades intelectuales terminan en una universidad como ICESI, una universidad como la Javeriana, pero ¿qué ocurre cuando conviven con las personas que tienen un mayor nivel de ingresos? La convivencia no se da fácilmente. Empiezan a generarse etiquetas. Hace un tiempo, cuando era docente de la Universidad del Rosario en Bogotá, se hizo famoso un programa que se llamaba Ser Pilo Paga, y si durante el tiempo en el que estuvo vigente Ser Pilo Paga, yo estaba en colaboración con la Universidad del Rosario, hice intervenciones desde el punto de vista de terapia profesional en un grupo no menor al 30% de los pilos pagan, es poco. ¿Por qué? Porque las características de la población con la que convivían, estaban orientadas hacia el etiquetamiento, el estigma social, la exclusión, el bullying.

Entonces, yo no puedo desconocer esos elementos del contexto. Tengo una visión muy ecológica de las problemáticas. Hay situaciones que se le pueden atribuir al sujeto, pero también hay situaciones que se le tienen que atribuir a las bases del sistema, diferentes escenarios del sistema. Entonces, yo no te podría decir directamente si es una situación que involucra a esa persona en especial o es una situación que involucra a la no acción del Estado y las instituciones. Eso es un entramado.

AV|AR *Estamos hablando de los aspectos éticos y políticos y pasamos a hablar de los prácticos. Le preguntaba que, en cuanto a las prácticas en la intervención, ¿cuánto de esto puede ser enseñado o cuánto dependía de la capacidad creativa de las personas que se desempeñan dentro del campo?*

EC Es que no depende de cuánto, sino depende de voluntades. Yo veo un potencial en la capacidad de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Lo más complejo es iniciar, y lo más complejo es reconfigurar las prácticas tradicionales, y nuevamente tengo que acudir a un ejemplo, a lo que venimos trabajando: ¿ustedes

conocen qué hace un terapeuta ocupacional? ¿Les han hablado de los terapeutas ocupacionales? Tradicionalmente trabajamos en cinco escenarios, en rehabilitación física, en rehabilitación psicosocial, en el sector educativo, en el sector de salud ocupacional y el área laboral y en escenarios comunitarios. Resulta que en el año 2020 me llamaron para hacer parte de una propuesta de investigación denominada clínica del buen trato. Confluíamos pediatras sociales, psicólogos, neurólogos, trabajadores sociales, fonoaudiólogos y recientemente se nos integró el equipo de medicina forense de una universidad privada. Lo hicimos con la voluntad o con el deseo de hacer un proyecto de investigación financiado por Colciencias y, como ustedes saben, los recursos son escasos. Lamentablemente nuestra propuesta no fue seleccionada, seleccionaron a cinco, quedamos de séptimos, y al analizar la situación, ¿qué pensamos? ¿Paramos? ¿Seguimos? Entonces un grupo de profesionales y profesores de acá, de la universidad, de la facultad de salud, tomamos la decisión de seguir con los recursos disponibles. ¿Cuáles son los recursos disponibles? Mi tiempo y mis estudiantes de práctica. Entonces reconfiguramos algunas prácticas integrativas, se llaman prácticas de profundización, y después de haber pasado por todas las prácticas profesionales, hacemos esta última práctica de profundización, llevamos a un grupo de estudiantes allí para que definitivamente se incorpore esa transformación de las prácticas tradicionales.

Entonces acá estamos integrando lo que sabemos hacer en rehabilitación física, en rehabilitación psicosocial, en el sector educativo, en el sector de trabajo, porque incluso cuando teníamos personas con alto nivel de dependencia, orientamos al grupo de cuidadores para que no siguiera incurriendo en un proceso de negligencia y entonces le orientamos a tener pautas de cuidado al cuidador, por ejemplo, con el manejo de las cargas, cómo manejo el peso de la persona que estoy cuidando, cómo protejo mi columna, eso es un ejemplo claro. Pero también les orientamos a unos escenarios de participación social. Decíamos a este grupo de personas: por acá tenemos una serie de recursos

comunitarios, entonces te ponemos en contacto y todo lo hicimos desde una experiencia llamada Hospital Universitario del Valle. Ustedes piensan en el Hospital Universitario y piensan en un centro de alto nivel de especialización y es así, pero también tenemos unos escenarios de prácticas profesionales que tienen una alta proyección social y ahí es donde estamos nosotros.

Entonces dentro de este escenario, en los últimos cinco años, hemos tenido la oportunidad de vincular a más de 40 estudiantes, creo que estoy diciendo por lo bajo, a que realicen actividades con nosotros. Hemos realizado más de 10 trabajos de grado dentro de la clínica y no tenemos un solo peso. Entonces aquí se fundamenta que en ese deseo por propiciar escenarios de enseñanza - aprendizaje en el cual estamos orientando a nuestros estudiantes, por un lado, a la reconfiguración de las formas de hacer nuestras intervenciones, trascendiendo esa visión clásica de atención a la crisis y apuntando más hacia escenarios de la recuperación, y por el otro lado a propiciar escenarios de investigación. ¿Y cómo consolidamos todo esto? Estamos haciendo espacios de divulgación de conocimiento. El martes pasado realizamos el tercer coloquio de prevención del maltrato infantil y presentamos esa experiencia, también invitamos a dos ponentes para que tuvieran la posibilidad de contar su experiencia desde una perspectiva más teórica y tecnológica.

Aquí es posible que uno requiera flexibilidad en el currículo, implementar efectivamente estrategias centradas en el estudiante, pero también no desconocer que la proyección social puede ser una muy buena alternativa para el desarrollo de esos procesos misionales de la academia, que son educación, extensión e investigación. Estamos incurriendo en esos objetivos misionales con esas experiencias como esta. Entonces, ¿de qué depende? Efectivamente uno requiere recursos, pero cuando no hay recursos depende de voluntades y una convicción propia de la persona que hace parte de un comité de programa o de un programa académico de querer transformar las cosas. También implica el saber decir no. Dentro de mi perfil académico -yo no

soy un investigador, yo soy un docente que hace investigación- es una cosa completamente diferente, pues resulta que durante la semana me llegan dos o tres propuestas para vincularme a otras actividades y ahí tengo que decir no porque no tengo tiempo. Eso es responsabilidad también, entonces me concentro en tener dos, quizá tres proyectos, y apuntar hacia la consolidación o co-construcción de conocimientos con mis estudiantes, tanto de pregrado, maestría y doctorado, pero también desarrollar la capacidad de decir no, así sea muy atractiva una propuesta. Entonces, creo que esas son las formas.

AV|AR *Las preguntas que vienen a continuación son alrededor de la construcción de políticas de salud mental. Entonces, me gustaría preguntarle ¿cómo se construye y se torna hegemónica una política en salud mental?*

EC ¿Cómo se construye?, idealmente que sea participativa. Y esta política tiene que involucrar no solamente a los que toman decisiones, involucra al grupo de personas las cuales se van a ver beneficiadas por esta política. ¿Cómo se construye?, con un retrovisor que tenga características de ser crítico. Si ustedes a mí me dicen ¿cómo evaluó la ley de salud mental anterior? Yo la evalúa como nefasta. ¿Por qué? Porque dice cosas muy bonitas, pero es difícil de hacerlas operativas. Pero también, dentro de lo que tiene que ver con los procesos de participación, se debe llamar a los colegios profesionales, ¿ustedes concebirían una política de salud mental sin la participación del Colegio Colombiano de Psicología? ¿Conciben una política de salud mental sin la Asociación Colombiana de Psiquiatría? ¿O sin el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, de Trabajo Social, de Enfermería? No, entonces tiene que ser lo más participativo posible, pero tiene que tener momentos. O sea, no puedes cometer el error de decir, voy a sentar acá a los tomadores de decisiones, a los representantes de los colegios, a los representantes de las universidades, a los representantes de los departamentos y de los municipios y de las asociaciones de usuarios. Tiene que haber momentos, hay que ir escalando, y luego ir identificando

quiénes son los mejores actores para replicar esa información en un ejercicio de cascada.

Desde ese punto de vista, uno puede hacer una muy buena construcción de política y no pensar en que lo que viene atrás, que siempre funciona, es lo que se requiere para estos momentos. Estamos hablando de situaciones en las que se ha posibilitado una construcción de política de salud mental de la visión de la atención a la crisis. O sea, ¿es una política de salud mental o es una política de trastornos mentales? Y aparte de eso, no podemos pensar una política de salud mental si no pensamos en aspectos como la intersectorialidad y tampoco podemos pensar en salud mental sin interseccionalidad.

Piensen nuevamente en el ejemplo de una mujer del Pacífico colombiano, víctima del conflicto, en situación de desplazamiento, que presenta una discapacidad física y que vive en un asentamiento o una invasión en el oriente de Cali. Tengo que tener en cuenta todas esas condiciones. Digamos que esta persona tiene algún trastorno metabólico y entonces la remiten a un servicio de salud mental porque no tiene adherencia al plan de tratamiento, pero ¿le han preguntado en qué condiciones vive esta persona? Entonces, en la interseccionalidad, en el trabajo intersectorial es importante tener en cuenta lo que tiene que ver con la construcción de política pública.

Definitivamente, tenemos que asumir que la salud mental no solamente la vamos a encontrar desde la perspectiva de la psicopatología, salud mental no solamente es ir al hospital psiquiátrico o al Hospital del Valle. Tienen que encontrar salud mental en la casa, en el colegio. Yo construyo salud mental cuando estoy abordando a una mujer que tiene carga de cuidadora y que por una situación de negligencia, su hijo terminó en una lesión de causa externa y entonces la oriento para que dentro de sus prácticas cotidianas la situación no se vuelva repetida. O también puedo trabajar salud mental cuando abordo hábitos, rutinas de un grupo de estudiantes durante el espacio de

tiempo libre para que se comente la participación en actividades deportivas. Entonces, hay que sacar la política de salud mental de la perspectiva hospitalaria, de la perspectiva de la crisis y hay que sacar la política de salud mental de la hegemonía del psiquiatra, porque definitivamente ponernos de acuerdo entre otros profesionales psicosociales con los profesionales de la psiquiatría es bastante complejo por las características del contexto de salud que tenemos en Colombia.

AV|AR *Usted ahora mencionaba a la comunidad como parte importante de la construcción de estas políticas. ¿Cuál es el lugar que pueden tener las comunidades en la elaboración, sostenimiento y la ejecución de una política de salud mental?*

EC Pues para mí es el grupo poblacional más importante, yo no puedo hacer una intervención en el oriente de Cali si no conozco las necesidades de ellos. Ah, sí, soy un epidemiólogo, eso me da un estatus; soy doctor en salud mental, eso me da estatus, pero no me da la experiencia de vida que tienen ellos. Entonces, efectivamente para mí, yo invertiría la pirámide: en el top sería la comunidad. Yo empezaría primero, obviamente después de asegurar los recursos, por supuesto, trabajando con el acercamiento a las comunidades. Dentro de los espacios en los que hemos trabajado en este momento, ya hemos tenido experiencias donde se hace investigación desde la perspectiva de investigación participativa, y el eje fundamental son las comunidades, aunque eso es utópico. Digamos que eso es fácil desde el laboratorio perfecto que es la academia, posiblemente hay otros escenarios en donde se haga un ejercicio de co-construcción, pero como la pregunta está centrada en mi opinión, mi opinión es que las comunidades son las más importantes.

AV|AR *¿Es posible sostener iniciativas vinculadas a este campo de saber de la salud mental y de intervención en contextos institucionales y políticos contrarios a las mismas?*

EC Tenemos una perspectiva hegemónica, no lo podemos desconocer, tenemos una perspectiva en la cual en Colombia el profesional en medicina con especialidades en neurología, en psiquiatría, tiene mucho, mucho poder. En un escenario propiamente de salud mental comunitaria, la atención no solamente debe ser en hospitales especializados de tercer y cuarto nivel. Yo tuve la oportunidad de formarme en Chile, donde si bien no funciona a la perfección pero funciona, existen modelos comunitarios; entonces en diversos sectores hay consultorios de salud mental comunitaria que se llaman COSAM, y son más cercanos; se ha potenciado el ejercicio de la atención primaria en salud, donde problemas que se pueden abordar en el dispositivo de APS se resuelven allí. Entonces allí tienen psicólogos y tienen el acompañamiento de psiquiatras al menos una o dos veces a la semana para que no tengan que ir a servicios más especializados, pero es un escenario donde se tiene algunos recursos. Aquí los recursos son limitados y los absorben todos los servicios especializados.

¿Cuándo se puede convivir? En condiciones contrarias, desde la experiencia que he tenido, cuando interviene la academia. Les hablaba de una experiencia que tuve con una docente coordinando el simposio de investigaciones. Ella es médica, es psiquiatra, pero tiene una formación en salud mental comunitaria, es mucho más cercana a esas posibilidades de aproximarse a una comunidad directamente en el sector donde vive, no necesariamente ir a consultas especializadas. ¿Cuándo me terminó de convencer la psiquiatra?, cuando me dice que no le gusta medicar desde la primera consulta. Yo reniego la medicalización inmediata, y si tengo que dar un medicamento, formular un medicamento, es porque es extremadamente necesario. Entonces tiene una visión diferente, pero todavía estamos en un escenario donde se propicia esa hegemonía de algún

cuerpo colegiado, y no tengo problemas de decirlo, con los psiquiatras hay que tener mucho cuidado. Entonces, construir políticas donde uno se piense, por ejemplo, que el director de un dispositivo de salud mental comunitaria sea un trabajador social, estamos todavía a años luz de esa realidad.

AV|AR *Aquí hay una pregunta que va muy en torno a lo que usted nos está comentando, ¿usted cree que es posible en el contexto de Cali, construir una política y acción de salud mental?*

EC Pienso que ha habido muchos esfuerzos, pero tenemos un limitante muy fuerte y es la volatilidad política. Nosotros en Colombia no somos una comunidad o un pueblo con la suficiente inteligencia política. Nada más miremos qué es lo que ha pasado en los últimos cuatro años: pasamos de una situación de un estallido social, de una movilización, donde se tiene la participación de una persona liderando la ciudad, supuestamente de centro, pero realmente de izquierda, y en este momento tenemos una persona de derecha, con un pensamiento económico de lo que es la ciudad. Entonces posiblemente dentro de esos escenarios lo que ya se ha trabajado no lo van a recoger de manera sencilla. Es muy difícil que se tenga como ese reconocimiento de lo histórico. La política pública tiene que ser neutra en funciones de posicionamiento político de derecha, izquierda, de centro. Si es política, es política y se tiene que cumplir. Por ejemplo, creo que ustedes la habrán escuchado en algún momento, lo que se llamaba De cero a siempre, que era la política de primera infancia, y eso lo tienen que ejecutar independiente que sean del Centro Democrático, del Pacto Histórico, del Polo Democrático, de la Alianza Social Indígena; se tiene que seguir construyendo, pero cada quién trae su propio matiz. Y aquí es donde aparece la principal amenaza: es que en muchos escenarios para construcción de políticas, así como en los servicios de prestaciones, en la prestación de servicios de salud, ocurre que hay una alta rotación de personal, y se va el personal y se va la información.

Entonces la construcción de política pública puede ser compleja. En el contexto del distrito, yo era asesor de una política, de una población vulnerable, y la persona con la que yo trabajaba es una persona que es contratista pública y la reubicaron en otra sección, y el profesional nombrado que trajeron para la política de lo que estábamos abordando, le dio un viraje completamente diferente y no le interesaba continuar lo que estaba haciendo mi antecesora. Entonces acá tenemos esas problemáticas. Me excuso por el pesimismo que les estoy expresando, pero se basa en las experiencias que he tenido; por eso prefiero hacer más actividades orientadas hacia el acompañamiento de comunidades en sectores específicos, en una institución específica y espero que algún día haya una convocatoria para lo que tiene que ver con políticas públicas.

AV|AR ***Precisamente hablando de eso, estos cambios que actualmente están en debate alrededor del sistema de salud, ¿permitirían que las políticas de salud mental puedan desarrollarse? Tal vez a nivel nacional.***

EC Por el momento estamos hablando de unas iniciativas que en este momento tienen buenas intenciones. Tenemos que tener en cuenta algo, y es que, si bien hay antecedentes que dicen que Colombia está en el marco de la atención primaria en salud, eso no es tan cierto, y hay una población con cierto nivel de riesgo que ya tiene una serie de condiciones de riesgo que necesita atención especializada, y eso no se puede desconocer. Los problemas actuales que tenemos nosotros no se pueden resolver solamente con APS en este momento, pero sí es necesario que se consolide una APS centrada en las nuevas generaciones. Y obviamente habrá algunas actividades que pueden ser tan transversales que pueden darle cobertura incluso a la persona con un brote psicótico, pero tampoco se puede desconocer que se requiere una integración entre los diversos niveles de atención en salud, o sea, no podemos volcar todo sistema de salud que tradicionalmente ha atendido la crisis en sectores especializados para que todo lo abordemos desde la parte de

salud mental. Entonces, hay que ir incorporando los elementos, los lineamientos, esas reformas de atención en salud, y no hacer un cambio drástico de la noche a la mañana. ¿Por qué? Porque la gente ya tiene interiorizada una serie de hábitos y de costumbres.

Mucha gente piensa que es mucho más efectiva una atención en salud mental si va al psiquiatra y le manda antidepresivos en comparación con que si va al psicólogo y le genera espacios de escucha y hace una psicoterapia. ¿Por qué? Porque en las comunidades ya se han instaurado una serie de imaginarios, entonces, ahora que es lo que yo plantearía, si yo tuviera la oportunidad de nuevamente volver a conversar con las personas interesadas en hacer el ajuste a nuestro sistema de salud: está bien que se requiera un proceso de ajuste, de transformación del sistema, pero tampoco desconozcamos lo que ya se tiene, pero tampoco desconozcamos que hay un grupo de personas que tienen interiorizadas unas formas de interactuar con el sistema.

Digamos que esa es la visión que tengo en este momento. El problema que permea todos los escenarios de manejo de la negociación en Colombia es la corrupción, que es lo que no permite que se pueda tener un sistema que esté acorde con los lineamientos internacionales de dar respuesta oportuna a las personas que lo requieren. Hay un mito urbano que no es tan mito, y es que en los procesos de negociación entre empresas administradoras de beneficios, lo que antes eran las EPS y las instituciones de servicios de salud, hay negociaciones bajo la mesa, la política del 10%, te doy el contrato, te doy una cápita, el contrato te puede costar 380 millones de pesos. Ah, pero venga, esos 380 millones de pesos ya no van a ir, pónganme el 10% de sobrecostos y ese sobrecosto me lo entrega a mí, pero sin que nadie se dé cuenta.

Son realidades que han ocurrido acá en el contexto de la corrupción, y recientemente hubo un escándalo a nivel nacional, donde están implicando EPSs de aquí de la ciudad intervenidas, donde

había una persona que era a la que le pedían información y le decían, vamos a hacer esto, y la persona el visto bueno no lo ha dado, porque tenía injerencia. Entonces, esos problemas que les digo son problemas estructurales que se tienen que solventar para poder garantizar una buena reforma, pero yo sería feliz si tuviéramos un modelo de atención en salud mental comunitaria, y porque pensaría que ya estamos haciendo una transformación no radical, sino paulatina. Hay personas que han requerido hospitalización, sí, pero no una hospitalización eterna. Hay hospitalización de corta instancia, se atiende el síntoma agudo, luego se va a la comunidad. Ahora estamos hablando de rehabilitación psicosocial; lo ideal sería que llegáramos en algún momento a lo que tiene que ver con los modelos de recuperación, donde se requieren una serie de recursos más amplios para que las personas no tengan recaídas, tengan adherencia al plan de tratamiento, no necesariamente desde lo farmacológico, y se hagan efectivamente verdaderos procesos de inclusión social.

Bibliografía

1. Camargo Rojas, D., Díaz, L., & Martínez, A. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de
2. cuidadores de personas con discapacidad, en procesos de inclusión social en el municipio Madrid, Cundinamarca, Colombia. *Revista ciencias de la salud*, 13(2), 171–185.
3. Castro-Alzate, E. S., & Castillo Martínez, A. (2013). Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 29–50.
4. Castro-Alzate, E. S., Díaz, L., Gamboa-Proano, M., & Hernández-Romero, H. (2021). Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves: un estudio multicéntrico en tres países de Sudamérica. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(3), 73–104.

5. Gamboa-Proañón, M., Díaz, L., Hernández-Romero, H., & Castro-Alzate, E. S. (2021). Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 32–52.
6. Gold, L. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2), 173–181.
7. Hernández-Romero, H., Rincón, P., & Castro-Alzate, E. S. (2019). Prevalence of victimization and perpetration of sexual aggression in undergraduate students: A systematic review 2008-2018. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 85–107.
8. Hopfe, M., Prodingner, B., Bickenbach, J., & Stucki, G. (2017). Optimizing health system response to patient's needs: An argument for the importance of functioning information, disability and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 40(19), 2325–2330. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1334234>
9. Masedo, A., & Cedeño Martínez, G. (2025). Stigma toward severe mental illness among healthcare students: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 333.
10. Masedo Gutiérrez, A. I., & Cedeño Martínez, G. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Medical Education*, 21, 1–11.
11. Riffel, T., & Chen, S.-P. (2020). Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses. *Psychiatric Quarterly*, 91, 1103–1119.
12. Stucki, G., & Bickenbach, J. (2017). Functioning: The third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), 134–138. <https://doi.org/10.23736/S1973-908717.04565-8>

13. Tejada-Morales, P. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 29–40. <https://doi.org/10.18270/rsb.v6i2>
14. Üstün, T. B. (Ed.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.
15. Vásquez-Barquero, J. (2009). The incorporation of the disability construct as an independent axis in the DSM-V and ICD-11 diagnostic systems. *World Psychiatry*, 8(2), 92–94.
16. Vielma-Aguilera, A., Cedeño Martínez, G., & Masedo Gutiérrez, A. I. (2024). Development and psychometric properties of Associative Stigma in Mental Healthcare Providers Scale (ESA-MHP). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–17.
17. World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.

IV



Hacer todo (lo) posible
desde el compromiso
y la recursividad

Entrevista a Boia Efraime Junior^{*BJ} (Mozambique)

Entrevistadoras:

MP Mariell Cristina Porras
MY Michelle Mateus Yepes

MP|MY *¿Puede describir su trayectoria profesional y sobre su experiencia en el campo de la salud mental?*

BJ Bueno, me formé como psicólogo clínico a principios de los años 90. Fue en la época en que Mozambique ya estaba involucrada en la guerra civil que comenzó en 1977. Me formé en la Universidad de Leipzig. La Universidad de Leipzig está en Alemania, en la antigua Alemania del Este. Es una universidad muy conocida. Allí fue donde Wilhelm Wundt tuvo su primer laboratorio de psicología experimental. Y estudiar psicología en Leipzig, en Alemania del Este en ese momento, significaba que el enfoque que teníamos en psicología clínica era más conductual. Y como sabrán, el Muro de Berlín cayó en 1989. En ese momento, me trasladé de Leipzig a Berlín. Berlín es la actual capital, y no lo era en ese momento; todavía era Bonn. Allí terminé mi formación en psicología clínica.

Mientras realizaba mi formación, comencé a tener entrenamiento psicoterapéutico en uno de los principales hospitales de Berlín. Esto significa que, aparte de este enfoque conductual que tuve, empecé a aprender más sobre la psicoterapia centrada en el cliente creada por Rogers. Trabajé en Berlín en ese momento con menores que provenían principalmente de países africanos y que vivían como refugiados en Alemania y trabajé en Alemania en un hospital psiquiátrico, la Karl Bonhoeffer Nervion Clinic. Nervion Clinic significa psiquiatría en inglés (esa sería la mejor traducción que podría ofrecer en inglés). Así que trabajé allí con personas con discapacidades mentales.

Más tarde decidí regresar a mi país, a Mozambique, en 1994. Cuando llegué a Mozambique, me di cuenta de que trabajar con ex niños soldados en áreas rurales de Mozambique era todo un desafío. Porque primero, ya saben, todas las descripciones sobre los síntomas que tenían, así como las explicaciones de dónde venían esos trastornos, qué significaban, cómo los enfrentaban en términos de tratar de curarse o buscar apoyo para curarse, o incluso para prevenirlos, todo eso estaba relacionado con su cultura, con su cultura rural, con la cultura mozambicana. Y fue difícil trabajar con un enfoque conductual, así como con el modelo centrado en Rogers, con los niños. Fue entonces cuando comencé a interesarme más por el enfoque psicoanalítico. Porque creo que el psicoanálisis, y creamos lo que llamamos psicotraumatología. La psicotraumatología es algo que estamos tratando de establecer como una ciencia, para abordar específicamente los temas traumáticos.

La psicotraumatología se basa en el entorno psicoanalítico, la ciencia, las prácticas clínicas, pero también incorpora ejercicios de relajación u otros ejercicios que pueden provenir de la psicoterapia conductual. Porque cuando un cliente acude a usted, la experiencia de un trauma es algo en donde alguien con más poder que usted, abusa de su poder y lo convierte en un objeto que puede usar y desechar como desee. Cuando las personas acuden a la psicoterapia, esta brecha en la que los

psicoanalistas tienen demasiado poder...nosotros somos los psicoanalistas, y la persona tiene que acostarse...a veces no es realmente apropiada. O también lo que llamamos abstinencia, esta neutralidad, este distanciamiento del psicoanalista, es de alguna manera complicado.

Si alguien ha sido sobreviviente de una agresión sexual, es importante que el psicoterapeuta diga: "Lo que te pasó está mal. Eres una víctima, eres un sobreviviente", incluso sabiendo que más adelante, en el proceso terapéutico, puede que necesite discutir con el paciente, analizar con el paciente si hay algo en la experiencia pre-traumática, en la biografía del paciente, que no diría que llevó, pero que, sabe... aumentó la probabilidad de que esa persona fuera víctima de ese tipo de delito, que tuvo una mayor probabilidad. No estoy seguro de si me entienden, pero si no, también son libres de interrumpirme y hacer preguntas.

MP|MY *Me gustaría confirmar que estoy entendiendo correctamente. No estoy completamente seguro. Porque está diciendo algo que es realmente complejo. Entonces, es como si empezara su carrera siendo psicólogo con el enfoque clásico conductual.*

Sí.

MP|MY *Entonces nota que esto no va a funcionar porque no es un psicoanálisis, sino una psicotraumatología.*

Sí. Psicotraumatología.

MP|MY *Psicotraumatología. Porque es un cambio en el rol de poder. Es como, desde este enfoque, la relación entre el paciente y el terapeuta cambia. No se trata de poder. Es más como otro proceso conectado con la biografía del paciente. ¿Estoy en lo correcto?*

Sí. Normalmente, en el psicoanálisis, nos entrenan para no tomar una posición desde el principio. Sabes, eso se llama, no sé si se le llama abstinencia en inglés, pero algo parecido a eso. Sabes, no tomo una postura como psicoterapeuta. Sin embargo, cuando

trabajas con víctimas, sobrevivientes de crímenes, sobrevivientes de guerras civiles, sobrevivientes de violaciones, es importante tomar una postura y decir: “Sabes, lo que te pasó es un crimen”. Eso es importante para mí. La abstinencia no significa neutralidad cuando se trata de crímenes. Y si empiezo a preguntarte, “de acuerdo, fuiste violada. ¿Podría ser que lo que te pasó esté relacionado con tu historia, con tu biografía?”, eso realmente no tiene sentido. Eso está mal. Sabes, asumir que la violación puede estar vinculada a tu personalidad o a tu pasado es incorrecto.

Incluso si pudiera ser el caso, comenzamos con el punto de partida de que eres una víctima, eres un sobreviviente. Y lo que te pasó está mal. Creemos que no hay neutralidad cuando se trata de ese tipo de crímenes. Ese es un punto. Y otra cosa es la brecha de poder. Sabes, como terapeuta, particularmente en el psicoanálisis, te colocas en una posición en la que, sabes, la persona tiene que hablar y tú interpretarás, darás tus comentarios y demás. Incluso la posición de hacer que el cliente se acueste en mi sofá, para alguien que ha sobrevivido a un crimen, a la violencia, a la violencia política...a veces la gente no se siente cómoda porque están hipervigilantes. Quieren tener algo de control. Y creo que la psicoterapia con sobrevivientes de crímenes violentos es realmente un proceso de devolverles el poder a esas personas, de devolverles la capacidad de controlar sus propias vidas. Esa capacidad, ese poder ha sido obstaculizado, de alguna manera arrebatado por el propio evento. Por lo tanto, es realmente importante que el psicoanalista sea consciente de eso.

Además, en relación con la técnica, las personas que han sobrevivido a crímenes violentos, como los que estamos mencionando, en guerras civiles, por ejemplo, cuando les das un ejercicio, como uno de los que utilizamos, tendrán pensamientos intrusivos. Seguirán pensando en lo que les pasó. No pueden dejar de pensar en ello. Sabes, no puedo decir: “de acuerdo, la sesión ha terminado ahora. Sé que es un problema con el que tenemos que lidiar, pero ve a casa y lo retomaremos más tarde en otra

sesión”. Eso realmente no es muy útil. Es importante, sí, puedo preguntar a la persona por qué lo tiene, por qué no, lo que sea, pero a veces es mejor darle a esa persona una herramienta que pueda llevar consigo a casa.

Uno de los ejercicios que hacemos con los clientes es que comiencen a sumar. Comienzas con dos más dos, dos más uno, más dos es cuatro, cuatro más cuatro es ocho, ocho más ocho es dieciséis, dieciséis más dieciséis es treinta y dos, treinta y dos más treinta y dos es sesenta y cuatro, sesenta y cuatro más sesenta y cuatro es ciento veintiocho, ciento veintiocho más cien... Sabes, en el momento en que tu cerebro se ocupa con algo que realmente requiere tu energía, no puedes, al mismo tiempo, seguir pensando en lo que te pasó; es una forma de romper el ciclo. Y ese realmente no es un ejercicio del campo psicoanalítico, sino que proviene de la psicoterapia conductual. Así que usamos herramientas de la psicoterapia conductual y las combinamos. Pero claramente, el marco es un marco psicoanalítico.

Otro tema es que vivimos en Mozambique, en culturas que no son la cultura europea. Tenemos que lidiar con toda la historia colonial, donde la cultura de las personas fue negativamente afectada, donde hubo un intento de borrar la cultura de las personas, hubo un intento de borrar el idioma hablado por las personas, el idioma nativo, y la psicoterapia tiene que lidiar con eso también. Así que las personas vienen a nosotros solo cuando han agotado todos los intentos que pueden hacer en sus familias, en sus comunidades. Solo entonces vienen a nosotros. Por lo tanto, es importante para nosotros como terapeutas preguntar, antes de venir a mí, “¿Cómo intentaste ayudarte a ti mismo?” Y la gente te dirá: “hablé con mis hermanos, hablé con mis padres, fui a la iglesia”. Pero otras personas también te dirán: “fui al curandero tradicional”. Y si la persona fue al curandero tradicional, es importante para mí entenderlo y ser capaz de abordarlo. Y otra cosa es que, pase lo que pase, siempre intentas encontrar una explicación. Tienes explicaciones en términos

de lo que te pasó. Tienes que encontrar un nombre, una definición. Así que tienes que encontrar una explicación. ¿Qué no está funcionando bien? Tienes que encontrar una manera de intentar resolver el problema. Tienes que encontrar una manera de prevenir, de evitar que vuelva a suceder. Así que lo que aprendimos trabajando con los niños y con esas comunidades es que tienen sus propias explicaciones sobre las causas del problema, sobre las maneras en que pueden ayudarse, sobre las formas que pueden usar para evitar que vuelva a suceder. Por lo tanto, es muy importante tener un marco que realmente pueda incorporar eso.

MP|MY *De acuerdo. ¿Y qué otros desafíos dirías que encontraste en estas comunidades cuando comenzaste a trabajar con ellas? ¿Qué desafíos enfrentaste con ellas?*

Por un lado, creo que el gobierno de Mozambique en ese momento era parte del conflicto. Para el gobierno de Mozambique, específicamente para el Ministerio de Salud, estaba claro quiénes eran los buenos y quiénes los malos. Es decir, las personas que lucharon del lado del gobierno eran los buenos, y las otras personas eran terroristas. Incluso hoy, cuando se trata de conflictos o disturbios civiles, a menudo encontramos que las instituciones estatales, controladas por un partido político, tienen su propia narrativa. Y quieren que te adhieras a esa narrativa.

Fue difícil para el Ministerio de Salud aceptar que trabajaríamos con personas que habían sido forzadas a luchar contra el gobierno. Por otro lado, cuando trabajas con las personas que lucharon contra el gobierno, estas piensan que, porque vienes de la capital del país, aquí en Mozambique llamada Maputo, y porque tienes vínculos con el Ministerio de Salud, perteneces a un partido político o tienes una agenda política oculta. Ese es parte del proceso. Cuando empiezas a trabajar con los clientes, primero te ponen a prueba para ver si eres digno de confianza, si pueden confiar en ti. Te cuentan cosas para probar si puedes mantenerlas en secreto, para ver si garantizas la confidenciali-

dad de las sesiones. También te ponen a prueba preguntando: “¿dónde estabas durante la guerra civil cuando necesitábamos ayuda? Nadie vino a apoyarnos. ¿Por qué vienes ahora que la guerra ha terminado?” Hay muchas cosas que deben manejarse.

En el fondo, lo que enfrentan es que, para vivir en una sociedad, para vivir en nuestras comunidades, necesitamos confiar unos en otros. Necesitamos creer que tenemos un futuro. Por ejemplo, si decides ir a la universidad o intentar completar una maestría, lo haces porque crees que podrás terminarla, convertirte en profesional, formar una familia, criar hijos. Todos tenemos sueños, esperanzas, perspectivas sobre el futuro. Cuando estás en una guerra, te das cuenta de que la vida es muy frágil. Puede terminar en cualquier momento. A veces, las personas que vienen a apoyarte lo hacen con otras intenciones y terminan abusando de ti. Entonces, construir confianza es uno de los retos más difíciles en las sociedades que han pasado por conflictos que resultaron en violencia militar, guerras civiles y demás. Esto no aplica únicamente a un lado del conflicto. Como dije, el Ministerio de Salud no confiaba en nosotros, y tampoco lo hacían las personas a las que queríamos ayudar al principio. El Ministerio quería que aceptáramos su narrativa de que ellos eran los buenos y los otros los terroristas, así que debías navegar en medio de esto.

En nuestro caso, trabajamos con niños soldados. Hablamos de niños que habían sido secuestrados por los rebeldes y forzados a unirse a sus filas. Por otro lado, teníamos las milicias populares, apoyadas por el estado. Estas milicias llegaban a las aldeas y decían: “¿Amas a tu madre? ¿Amas a tu padre? ¿Amas tu escuela? ¿Amas tu aldea? Entonces tienes que entrenarte, tomar un arma y proteger tu hogar, tu madre, tu hermana”. Si el niño decía: “No quiero luchar”, le respondía: “¿Entonces no amas a tu madre? ¿No amas tu aldea? Eso no es posible. Entonces eres el enemigo.” Lo que hicimos fue tratar, poco a poco, a medida que ganábamos confianza, de crear grupos donde teníamos niños que habían luchado en diferentes lados del frente. Niños que lucharon del

lado de los rebeldes y niños que lucharon del lado del gobierno. Y eso fue realmente muy importante porque creó la capacidad de las personas para deshacerse de esta psicoidentidad de ser un soldado.

Muy a menudo, las personas dicen: “Maté”. ¿Por qué mataste? “Porque mi comandante me pidió que lo hiciera”. Eso significa que la persona no está actuando realmente como sujeto de su propia historia, no está asumiendo la responsabilidad de lo que le sucede. Y con alta probabilidad, tampoco asumirá la responsabilidad en el futuro. Por eso es importante en el proceso psicoterapéutico que las personas, nuestros pacientes, se den cuenta de que siempre tienen una elección. A veces es una elección difícil, lo que significa decir no y saber que puedes morir. Pero estás tomando una decisión. Estás diciendo: “Prefiero matar a la otra persona para seguir vivo”. Pero tuviste la oportunidad de tomar esa decisión y la tomaste.

En el psicoanálisis no se trata de lo correcto o incorrecto. Se trata realmente de comprender el proceso y llevarlo al nivel de la conciencia para que las personas no estén en un proceso de negación de lo que les ocurrió. Por otro lado, también fue muy importante aprender sobre todo el poder, el poder curativo que existe en la cultura tradicional. Cuando trabajas con curanderos tradicionales, ellos tienen rituales. Uno de ellos se llama el ritual de purificación. En el psicoanálisis no tenemos eso. Es un ritual donde, si fuiste obligado a ser soldado, mataste personas, destruiste vidas, destruiste propiedades, y ahora quieres reintegrarte a la comunidad, a tu familia, algo debe hacerse. En muchos casos, serás rechazado porque la gente tiene miedo de que vuelvas a la comunidad y continúes con ese comportamiento. Y entonces está este ritual de purificación donde hay sangre de pájaros involucrada. Hay cenizas, y ellos colocan todo eso en el cuerpo de la persona. Luego, de una manera ritualista, limpian esa sangre y esas cenizas, y le informan a la persona que, de ahora en adelante, debe comportarse como un ciudadano normal. Sí, como una persona normal de esta aldea. Por otro

lado, piden a las personas de la aldea que ahora traten a esta persona como lo hacían antes de la guerra. Este ritual permitió que niños y adultos que habían cometido atrocidades, obligados a cometer atrocidades durante la guerra, pudieran regresar a sus aldeas y que las personas en la aldea los recibieran.

En el nivel terapéutico, también fue importante entender que en la cultura mozambicana, en las áreas rurales, las personas creen que nuestros ancestros, los que están muertos, tienen influencia en nuestras vidas. Cuando los ancestros están felices, protegen a los vivos, no permiten que haya guerras, no permiten que las personas se enfermen, y así sucesivamente. Cuando algo malo ocurre, significa que los ancestros no están protegiendo bien, y debe haber una razón. Entonces intentan encontrar esa razón, y buscan rituales que les permitan corregir lo que estuvo mal para recuperar la armonía y la paz en la comunidad.

Es importante para nosotros, como psicotraumatólogos, psicólogos, psicoanalistas, entender la cultura con la que estamos trabajando, usar los recursos que esta cultura tiene, empoderar esos recursos y realmente diseñar enfoques, modelos de intervención que consideren los recursos disponibles. Debemos ver a nuestros pacientes no como víctimas, sino como sobrevivientes. No como personas completamente indefensas, sino como personas que tienen una cultura, que tienen una historia, que tienen recursos, e incorporar todo esto en nuestro enfoque.

MP|MY *La manera en que conectas todos esos enfoques dentro de un contexto tan complejo, fue impresionante. Con todo ese contexto, me gustaría preguntarte, ¿por qué trabajas en el campo de la salud mental? ¿Por qué decidiste dedicarte a esto? Es un área realmente desordenada, caótica, con mucho dolor. Entonces, ¿por qué trabajas en esto?*

Bueno, sabes, al principio no quería ser psicólogo. Yo era maestro y quería ser ingeniero.

MP|MY *No querías ser psicólogo.*

No, no quería. Yo era maestro. Terminé siendo maestro. Enseñaba a niños pequeños. Y en Mozambique había una guerra en marcha. Ser maestro es realmente una profesión donde intentas educar a los niños para vivir en un mundo del que no tienes idea de cómo será. Es realmente mucho idealismo. Vemos qué tan rápido está cambiando el mundo. Y tú, como maestro, intentas educar a estos niños y crees que lo que les estás enseñando será útil en 20, 30, 50 o 60 años. Es increíble. Pero así son las cosas. Entonces un niño vino y me dijo que algunos compañeros habían sido secuestrados por los rebeldes y que no regresarían. No sabía si estaban vivos o muertos. Y ahí estaba yo, completamente impotente. Todo lo que pude decir fue: "Lo siento, no hay nada que pueda hacer". Y esa clase de impotencia, ese sentimiento de que no podía ayudar a esos niños, es una de las razones por las que más tarde decidí estudiar psicología. Probablemente no fue principalmente para ayudar a los niños, sino para ayudarme a mí mismo. Porque la construcción de ser un adulto significa que puedes cuidar de ti mismo, que puedes cuidar de tus hijos, que puedes cuidar de tu familia. Y ahí estaba yo, como adulto, como maestro, y no podía ayudar. Fue realmente una experiencia de impotencia. Y realmente traté de trabajar en ello. Y creo que estudiar psicología, después tener mi análisis didáctico, mi supervisión, y todo eso, realmente me ayudó a lidiar con esa impotencia y a encontrar la manera de enfrentar mis límites.

MP|MY *También queremos preguntarte, con lo que dices sobre tu trabajo con los niños, ¿Qué condiciones consideras necesarias para desarrollar tu trabajo desde esta perspectiva y dentro de tu contexto? ¿Qué condiciones necesitas? Y también si pudieras resaltar los desafíos políticos e institucionales. Como dijiste, los políticos, el gobierno y todo eso. Y también nos gustaría preguntarte sobre lo institucional, los desafíos allí.*

Creo que, hoy, mirando atrás y estando de nuevo involucrado en este trabajo, me preguntó, entre 1994 y 2000, ¿Qué nos pasó? Creo que nosotros, como psicólogos, también somos seres humanos, nos encontramos en situaciones donde tenemos que lidiar con nues-

tros propios sentimientos. Cuando trabajas en un entorno, en una situación de posguerra, como fue en ese momento, a veces no estábamos a salvo. No sentíamos que podíamos desafiar, ya sabes, al gobierno o al estado o a la policía. Particularmente en un país como Mozambique, que es diferente de Sudáfrica, no estoy seguro del proceso en Colombia. Algunos países tuvieron un proceso político de reconciliación, Mozambique no lo tuvo. Así que eso significa que, cuando tratabas con el Parlamento de Mozambique, estabas tratando con las mismas personas que habían estado en la guerra, las mismas personas que habían sido perpetradores de la guerra, las mismas personas que habían abusado de los niños con los que estábamos trabajando.

El comandante en jefe del ejército sigue siendo el presidente del país, y él era el comandante en jefe de estos... soldados del estado que, por ejemplo, habían abusado de estos niños, de los que hablaba de las milicias populares. El tipo que era el líder de la oposición era exactamente el mismo que había sido el líder de los rebeldes que habían cometido atrocidades. Y aún más, lo que aprendieron las personas, particularmente los niños, fue que usar la violencia trae una buena recompensa. Los héroes eran las personas que tenían armas. Las personas que terminan en el poder más tarde, son las personas que tenían armas. Y fueron utilizadas y abusadas y realmente, nadie asumió responsabilidad. Entonces, eso significa que en nuestro trabajo, tienes que lidiar con, al menos, tres niveles diferentes. Tienes que lidiar con el nivel individual, tienes que lidiar con el nivel familiar y comunitario, y ahí es donde nos detuvimos. Nos detuvimos en el nivel comunitario. Pero tal vez deberíamos haberlo hecho en el nivel nacional o algo por el estilo. No lo hicimos. También tienes que tratar con el nivel individual en el espacio psicológico. Pero tienes que tratar con la dimensión psicológica en el nivel familiar, en el nivel de la sociedad. No lo hicimos. Tuvimos que lidiar con los problemas sociales o la dimensión social a nivel individual, a nivel familiar, a nivel comunitario, a nivel societal. Realmente no tratamos con eso mucho. No lo hicimos porque, por un lado,

decíamos, ah, somos solo psicólogos. No estamos capacitados, ya sabes, para lidiar con la política. Y sabemos que lidiar con la política tal vez sea peligroso. Puede crearte un problema. Así que, a veces decimos, no, como terapeutas, solo trabajo en mi práctica. Ya sabes, hago mis consultas. Lo que sucede fuera, a nivel político, no es realmente un tema con el que estemos capacitados para lidiar. El psicoanálisis es muy bueno en eso, ni siquiera estamos tratando con el mundo exterior, estamos tratando con el mundo intrapsíquico. Entonces, lo que sucede ahí realmente no es un tema del psicoanálisis. Y eso es realmente un problema. No estoy diciendo que los psicoanalistas tengan que ser capaces de tratar problemas políticos sociales o problemas sociales. Puede haber otros, y seguro que los hay, otros expertos. Pero tal vez solo estamos bien entrenados para lidiar con el nivel psicológico individual. Pero tenemos que tener en cuenta que nuestro trabajo afecta a la familia, afecta a la sociedad. Realmente tenemos que entender eso. Porque solo cuando entiendes eso, puedes hacer un trabajo que sea realmente ético y aceptable. Es una cuestión ética.

En el trabajo que hicimos en Mozambique, no tratamos con el nivel político. No tratamos con la necesidad de que la sociedad mozambicana, y particularmente el parlamento, los políticos, reconozcan que abusar de los niños está mal. Abusar de los niños es un crimen. Las personas que abusan de los niños, deben ser castigados de alguna manera, o deben pedir perdón. Lo que sucedió fue que mientras hacíamos nuestro trabajo, el parlamento de Mozambique adoptó una nueva ley, una ley sobre el servicio militar, pidiendo que todas las personas de 18 años se unieran al ejército. Y esa ley no excluía a los chicos que ya habían servido como soldados infantiles. Entonces, eso significa que el gobierno estaba pidiendo a los ex -- soldados niños que se unieran al ejército nuevamente. Y algunos de estos niños, como dije, fueron abusados por el mismo gobierno. Y el mismo gobierno no lo reconoció y quiso volver a traumatizarlos pidiéndoles que se unieran al ejército. El mismo gobierno que abusó

de los niños pagó compensaciones, proyectos de reparación para los soldados, y hasta por toda la vida, los soldados en Mozambique recibirán un tipo de pago por jubilación, una especie de compensación por jubilación. Pero los niños soldados nunca fueron reconocidos como niños, así que no recibirán pago. No recibirán apoyo, y así sucesivamente. Entonces, en el momento en que salió esa ley, quedó claro que todo el trabajo que habíamos hecho, o parte del trabajo que habíamos hecho, no tenía mucho sentido porque no tratamos con la dimensión política.

Entonces, si me preguntas ahora, diría que en todas las entrevistas se ven problemas materiales. Tienen problemas con la falta de educación. Cuando no tienes educación, sabes, es difícil proyectarte en el futuro, que puedes hacer algo más que ser soldado, sabes, que puedes ser sastre, que puedes ser carpintero, que puedes ser maestro. Así que es importante tener algún tipo de formación vocacional. Una posibilidad para estos niños de ir a la escuela, la posibilidad de que esos niños se alimenten, ya sabes. Trabajar en grupos de autoayuda en cada cultura. Producir la comida que necesitan. Porque con un estómago vacío, realmente no puedes ir a terapia, necesitas comida. Así que no estamos realmente abordando estos problemas. Pero sí, con grupos de autoayuda también. Pero no teniendo en cuenta las dimensiones políticas o sociales y creando políticas que puedan ser sostenibles. Hoy en día, diría: si tienes que hacer este tipo de intervenciones, es importante que realmente aclares las dimensiones, las implicaciones. ¿Quiénes son las partes interesadas que necesitas incluir? ¿Cuáles son los desafíos que necesitas abordar? Y aún sabiendo que habrá resistencia, habrá desafíos, habrá personas que tratarán de derribar el proyecto. Al menos lo sabes. Y no te sorprenderá.

MP|MY *Había algo en ese cambio en el enfoque que no estaba tan claro para mí. Así que me gustaría preguntarte si puedes explicarlo un poco más. Porque dijiste algo sobre el cambio, pero no fue tan claro para mí.*

No, creo que realmente son dos perspectivas. La perspectiva que teníamos al principio cuando hacíamos el trabajo, y luego, la perspectiva que entendemos desde la amplitud y las dimensiones. Porque llegamos con la limitación de que no somos responsables de la política, no estamos haciendo política, no estamos haciendo desarrollo económico, no estamos haciendo... solo somos psicólogos. Queremos tratar con la dimensión clínica. Y solo cuando comenzamos a trabajar, empezamos a darnos cuenta de que las cosas estaban interconectadas. Pero incluso entonces no sabíamos realmente cómo abordar eso. Era como descubrir que si no tienes comida, no puedes ir a psicoterapia. Entonces, ¿qué hacemos? Estamos descubriendo que cuando organizas un grupo para chicas que han sido explotadas sexualmente, abusadas sexualmente, estás creando incluso un problema mayor para esas chicas. Porque en el momento en que se sabe que han sido explotadas sexualmente, habrá un estigma, serán discriminadas en sus comunidades, por lo que no pueden asistir. Entonces, ¿cómo lo manejamos? Tenemos que llamar al grupo de otra manera, pero no podemos llamarlo por su nombre. Pero si lo estamos descubriendo mientras hacemos el trabajo, hay una posibilidad. La otra posibilidad es que, cuando miras hacia atrás, esas cosas son tan evidentes que todos deberían saberlo desde el principio. Y luego preguntas, ¿por qué no lo sabíamos? Tal vez porque era peligroso. Tal vez porque no nos sentíamos seguros. Tal vez porque teníamos miedo nosotros mismos de tratar esos problemas.

MP|MY *Ahora lo entiendo. Es un gran cambio. Pero fue necesario. Ahora me gustaría preguntarte, ¿crees que los profesionales que trabajan en el campo de la salud en tu contexto tienen la formación necesaria y la disposición para hacerlo? ¿Tienen la capacidad —o les falta— la capacidad para el trabajo interdisciplinario? ¿Qué opinas de eso?*

No, me da mucha tristeza llegar a la conclusión... saber que parece que Mozambique no aprende del pasado, o hay intenciones de no aprender de ello. Aún queremos entrenar a los psicólogos de la

misma manera en que se entrenan en Francia, en Inglaterra, en España... Realmente no estamos teniendo en cuenta el trabajo académico de nuestros países, de nosotros mismos. Todavía leemos a Freud, a Melanie Klein, y así sucesivamente. Entonces entrenamos a personas que no están realmente relacionadas con la cultura de este país, con la historia. Y es una especie de negación. No queremos pensar en esos problemas porque esos problemas no afectan a la élite del país. Las personas que pueden pagar por psicoterapia, las personas que viven en las ciudades, las personas que tienen más recursos, tienen otro tipo de clientela, así que queremos trabajar para esas personas y no para la mayoría de la gente que vive en el campo. Eso es una negación. Eso tiene que ver con el colonialismo. No queremos tratar con la historia del colonialismo. Nos importa... sabes, tal vez no tenemos los recursos para tratar lo que nos pasó durante el colonialismo. Aún intentamos colaborar entre nosotros, con José, Carlos, Manuel, los nombres coloniales, los nombres portugueses. Tratamos de hablar portugués como la gente de Portugal. Nos gusta tomar a Portugal como referencia. Lo que pasa en Portugal es importante. Entonces, es una especie de... aún estamos tratando con nuestra historia colonial.

Y tal vez también sea una cuestión de poder, no lo sé. Creo que organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, todas las definiciones y las clasificaciones internacionales de enfermedades, o vas al DSM, sabes... encuentras definiciones de trastornos psicológicos, y la mayoría de ellas están escritas por colegas occidentales, en su mayoría probadas en países occidentales. Y llegas a Mozambique, vas a una zona rural y nadie vendrá a ti y te dirá: "Tengo depresión mayor" o "Soy bipolar". La gente diría sus nombres locales y definiciones locales como "asombrado" o cosas así. Las cosas que tienen que ver con la cultura, y entendemos eso. Ese es realmente un problema, darle valor a nuestras propias experiencias. Así que siempre estamos aprendiendo desde cero.

Bueno, creo que... estoy de acuerdo con la definición que ahora es más comúnmente utilizada por la OMS, sabes, que realmente se trata del bienestar de las personas y promoverlo como un todo. Creo que esa definición holística, que realmente toma en cuenta no solo lo psicológico, sino también lo somático, lo social, lo político y lo que sea, creo que realmente define lo que es un estado de bienestar, es realmente promover el bienestar más que solo curar enfermedades mentales. Es realmente promover una vida saludable. Y eso es una de las cosas en las que trato de involucrarme. Ahora tenemos servidores públicos trabajando en áreas de Mozambique que están afectados por la guerra, o cuando trabajé en otros países, en Nigeria; con las Naciones Unidas, estuve en una agencia llamada el Programa Mundial de Alimentos. Y tenemos personas que tienen que ir a situaciones de guerra o donde hay desastres naturales. Tienes trabajadores humanitarios internacionales que tienen que ir a esos lugares. Y sabemos que se enfrentarán a desafíos que pueden ayudarles, pero que pueden terminar causándoles problemas de salud mental. Eso es uno. Entonces, ¿qué podemos hacer cuando sabemos eso? Podemos tratar de aumentar la resiliencia de estas personas, así que, cuando se enfrenten a esos problemas, tengan más posibilidades de lidiar con los desafíos. Podemos tratar de promover el bienestar de estas personas, y eso es principalmente lo que hice cuando estaba en Nigeria. Y eso es lo que estoy haciendo en un proyecto ahora.

No te corresponde a ti decidir cuáles son los problemas relevantes para la gente. Te das cuenta de que algunas personas necesitan apoyo, cómo administrar su dinero, cómo usar su dinero. Así que terminan no teniendo suficientes ahorros, no estando siempre estresados porque el dinero no es suficiente, porque tienen deudas o lo que sea. Tener un cuerpo saludable, practicar deportes, sabes... tener una buena salud corporal, tener personas en las que confíes en tu equipo, en tu comunidad, personas a las que puedas acudir y unirte, poder llevar a cabo

tu religión, sabes, si crees en Dios o Alláh, o lo que sea, sabes, poder hacerlo si eso es importante para ti.

Y poder reconocer cuáles son los síntomas de la depresión, cuáles son los... para que puedas diagnosticarte a ti mismo. Realmente puedes evaluar si estás funcionando, si estás bien. Si estás en la zona naranja o en la zona roja y necesitas ayuda. Entonces, darles a las personas esos recursos para promover activamente su bienestar y la salud mental y la calidad de vida que las personas tienen es un desafío en países como Mozambique, donde viven en la pobreza. En ciudades como Maputo, alrededor del 80% de las personas viven por debajo del nivel de pobreza. Entonces, ¿cómo lo aboradas? Pero este es un desafío que nadie más puede tratar de resolver más que nosotros los mozambicanos o ustedes los colombianos. Cada uno de nosotros en su propio país.

MP|MY *Creo que dijiste muchas cosas. Muchos factores afectan la salud mental, que no es solo el bienestar. No es solo un enfoque individual, que es un verdadero cambio cuando empiezas a ser psicólogo de comportamiento, que todo está en este sujeto y él puede cambiar todo. Pero ahora estás diciendo que muchas cosas están conectadas con el contexto. Entonces, de esta manera, me gustaría preguntarte: ¿quisieras enfatizar cómo los factores económicos, políticos y culturales afectan la salud mental y la población?*

Sí, ese es un tema muy complejo, definitivamente, sí. Definitivamente la economía, la política, lo social afectan nuestra salud mental. Pero, ¿cómo lo abordamos? Una de las cosas que tratamos de entender fue... empecé a pensar en cómo lo abordamos, las cosas que estamos tratando de entender en países como Mozambique, como mencioné, donde hablamos de descolonización, decolonialidad. Nos encontramos en una situación donde tienes uno de los países más ricos del mundo en términos de recursos minerales, en términos de petróleo y gas, oro, rubíes, y es uno de los países más pobres del mundo. Mozambique tiene

unos 2,000 kilómetros de costa en una de las áreas más ricas del mundo en términos de pesca, pero, el 80%-90%, 90% de los barcos que pescan aquí vienen de la Unión Europea, de China, y así, tienes un país donde el gas que se produce en Mozambique no se vende en Mozambique, se vende en el Reino Unido para apoyar ahora la guerra contra Ucrania. Los europeos necesitan más energía y viene de Mozambique. Luego vas allí y ves a las personas que trabajan para esas empresas, las personas que son dueñas del país, de la tierra, y son realmente pobres, pobres, pobres, pobres, sabes... es realmente impactante, es realmente impactante. Entonces estás lidiando con un sistema que realmente sigue enriqueciendo al norte global a costa del sur global, por un lado, y es similar al pasado colonial que tenemos porque luego tienes una minoría de mozambiqueños que están en el poder. Ahora no son los portugueses blancos, los colonos blancos. Ahora tienes a mozambicanos negros en el poder y esos mozambicanos negros siguen sirviendo al mismo sistema que explota a sus compañeros ciudadanos. Y eso es realmente triste, sabes, todo está dicho cuando dices que el 80% de la gente vive en pobreza. Es como...no sé...si es un dólar, dos dólares al día, significa que no puedes comprar tus medicamentos, no puedes pagar las tarifas para tus hijos, siempre estás preocupado de dónde vas a conseguir la siguiente comida, y así sucesivamente.

Y realmente, esta dimensión política no solo es relevante para Mozambique, sino que creo que para algunos otros países, particularmente en África. ¿Qué está pasando con este continente? Y a partir de ahí, sabes, ves las otras dimensiones. Eso es político, eso es económico, eso es otra cosa. Mientras los mozambicanos miren a los europeos y crean que son más civilizados, más desarrollados, creo que siempre nos mantendremos en este lugar de ser dominados. Incluso cuestionaría, no sé qué pasa en la psique de un mozambiqueño negro arrodillado frente a la cruz de Jesús. Eres negro, adorando a un dios blanco; probablemente significa de alguna manera que esos blancos son superiores, son más que tú, así que el dios de los blancos es el mejor dios. Y esa

es realmente otra dimensión, pero es difícil lidiar con ello, el idioma. Entonces, hay muchos problemas que todo el mundo no sabe...creo que es Cenicienta, ella se perdió en el bosque y pidió ayuda y le dijo a un pájaro, “¿puedes ayudarme? Estoy perdida.” Y él dijo, “está bien, tal vez pueda ayudarte, ¿adonde quieres ir?” Y Cenicienta dijo, “no sé.” Y luego él dijo, “está bien, si no sabes a dónde quieres ir, cualquier camino está bien para ti.” Y creo que para países como Mozambique, la primera discusión que tenemos que tener es realmente averiguar dónde estamos y a dónde queremos ir, para dar calidad de ciudadanía a las personas que viven en este país. Creo que aquí tratamos con personas que no se consideran ciudadanos. Nuestra psicología fue diseñada para seres humanos.

Cuando llegas a un país donde algunas personas no se consideran seres humanos, y estas no tienen derecho a tener dos comidas al día...no lo tienen. No tienen derecho a ir al hospital cuando están enfermos. No tienen los medicamentos, el dinero para comprar medicamentos cuando están enfermos. Personas que realmente no tienen ninguna oportunidad en este mundo, eso es realmente. Y tal vez por eso la psicología no se enfoca en esas personas. Tendemos a enfocarnos solo en este 10, 20% de personas que viven en las ciudades, que pueden pagar, y creo que ese es realmente un gran desafío.

MP|MY *En este enfoque que nos estás contando, es un enfoque realmente blanco y colonialista que está en la cabeza de la gente. Entonces, con este enfoque blanco y colonialista, el contexto, las representaciones, los imaginarios: ¿cómo podemos trabajar? Y en un contexto también, donde la gente no tiene cómo cubrir sus necesidades básicas. Entonces, ¿cómo haces algo con un enfoque blanco y colonialista, donde la gente no tiene cómo cubrir sus necesidades básicas? Y cómo imaginar un mundo posible donde tengas todo eso. ¿Cómo lo haces, como psicólogo?*

Creo que ese es uno de los desafíos de vivir en los tiempos que vivimos; miras la televisión y ves a 40,000 personas muertas en Palestina y tienes que decir, “Dios, ¿Qué puedo hacer?” Miras a Mozambique y ves a la gente muriendo, y te preguntas a ti mismo, “¿qué puedo hacer?” Es realmente un desafío. Creo que al involucrarnos en la investigación, al escribir artículos, al crear algunos proyectos pequeños donde podamos tratar de hacer algo diferente para muy pocas personas, -incluso sabiendo que el proyecto debería ser hasta que la gente muera, por 30 años- y encontrar que el compromiso funcione dos años con la gente, trabajando con jóvenes y tratando de inspirar a los jóvenes a mirar las cosas de manera diferente y creer que es posible cambiar. Y una de las cosas en las que creo, es que mi rol ahora es más tratar de inspirar a los jóvenes. Creo que ese es un desafío. Me doy cuenta que es probablemente todo lo que puedo hacer. Vivir con nuestros propios límites, con nuestra propia frustración, saber dónde están nuestros límites, pero ser capaz de ver tal vez un poco más allá, incluso sabiendo que tal vez no podremos hacer los cambios que son necesarios.

No lo sé. Tal vez estos países necesitan una revolución. No lo sé. Pero, sabes, yo vine de una familia binacional. Cuando estaba en Alemania, me casé con la madre de mis hijos. Ella es alemana, de Berlín. Entonces, mis hijos, son mitad mozambiqueños, mitad alemanes. Ahora mi esposa trabaja para el gobierno alemán, para el estado alemán, y está claro que ella tiene una postura política porque vivimos aquí juntos. Ella vivió aquí con los niños más de 10 años. Ella tiene un compromiso, trata de ayudar, trata de entender los problemas. Y cuando se llevan a cabo las discusiones en Alemania por parte del gobierno alemán y las instituciones alemanas, diciendo “tenemos que deshacernos de la migración”. “No queremos migrantes. Tenemos que detener la llegada de migrantes a Alemania, como ahora los EE. UU”, es exactamente lo mismo. La misma historia. Tenemos que detener a todos estos migrantes. Entonces la discusión es ¿realmente crees que alguien de Senegal, de Mozambique, de Angola, no

quiere vivir en su propio país, no quiere quedarse allí? Tenemos que preguntarnos, ¿por qué la gente elige vivir en sus países? Vivir lejos de la cultura, el entorno al que están acostumbrados. No es porque Estados Unidos o porque Alemania sean más bonitos que esos países. Es porque estas personas no tienen recursos. No tienen ninguna posibilidad de sobrevivir allí. Entonces, si quieres detener la migración, podemos preguntarnos cómo, comenzando con las grandes empresas que hacen millones y miles de millones a partir de esos países, que reinviertan parte del dinero, parte de lo que obtienen en esos países para crear oportunidades de empleo.

Empleo para los jóvenes, darles un futuro, educación. El problema sería que eso significaría que el norte global tendría que de alguna manera frenar su desarrollo, frenar o disminuir o congelar su nivel de vida. Mientras la política esté hecha por los gobiernos nacionales, tú, como político alemán, o tú, como caballero suizo, o el presidente de los Estados Unidos, siempre dirás “América primero”, porque esas son las personas que te eligen. Tienes que prometer cuando eres elegido que aumentarás la calidad de vida, que la gente tendrá más ahorros, y así. Y ese camino no lleva a ninguna parte. Entonces, ¿dónde pones el dinero y lo inviertes?, ¿en la fuerza policial, en países como Libia, para tratar de detener a los migrantes, o construyes un muro en EE. UU., en el sur, para detener a los migrantes? Eso, todos sabemos, eso no es la solución. Pero parece que en el futuro cercano, no hubiera otra solución. Fuerza, fuerza brutal, para detener a la gente. Mueren, pero mueren en su país. No vengán a nosotros. No tienen agua, es su problema. Nos quedamos allí, no vengán a nosotros. Y realmente es un mundo muy, muy difícil en el que vivimos, sabes; es un mundo muy, muy complicado.

MP|MY *Quiero preguntarte sobre las políticas neoliberales, ¿crees que las políticas neoliberales que reivindican el individualismo y el éxito basado en el esfuerzo personal también afectan la salud mental?*

Creo que vivimos en una época muy melancólica, en la que la da la impresión de que todo depende de ti, de que puedes tener el cielo como límite, de que puedes tenerlo todo, de que puedes ser la persona que sueñas ser. Mira a Bill Gates. Fundó Microsoft en un garaje. Así que puedes ser como Bill Gates. Mira a Obama. Obama es negro como tú. Si eres pobre, tienes que limpiar las calles por tu culpa. Si eres tan bueno como Obama, podrías llegar a ser el presidente de Estados Unidos. Y eso no es verdad. Los niños de Mozambique tienen al menos cuatro episodios de diarrea al año, debido a la contaminación del agua, la falta de alimentos, etc. Si tomas a Obama, o tomas a Bill Gates y lo llevas a Mozambique y lo dejas en una de las zonas rurales, estoy seguro de que Obama nunca será Obama. Porque la estructura de pobreza en la que tendría que vivir no le permitiría ser la persona que es.

En países como Mozambique, tuvimos que creer que la gente tiene la capacidad de cambiar, tener que creer que la gente buena, la gente inteligente, puede traer desarrollo, pero tenemos que tomar en consideración las estructuras, la estructura económica y, como dije, la pobreza, la pobreza estructural, que obstaculiza el desarrollo personal y de los grupos y de la sociedad en su conjunto. Por otro lado, no solo está la política neoliberal; la política patriarcal, cuando se trata de mujeres, obstaculiza su desarrollo. La sociedad se basa en la explotación de las mujeres, haciendo el trabajo, alimentando a la familia gratis, para que los hombres puedan tener el dominio que tienen. Se debe hablar de abuso sexual, violencia contra las mujeres, de violencia contra los niños, y es realmente el movimiento feminista el que realmente nos pide que miremos en esa dirección. En Mozambique todavía tenemos mucha violencia probablemente invisible, porque el rol de la mujer todavía es muy pasivo, sumiso, etc.

MP|MY *La actual avalancha de ideologías de la llamada nueva derecha y sus discursos que incitan al odio, ¿también contribuyen a este problema de salud mental? ¿Qué opinas al respecto?*

Creo que sí; siento que no podemos caer en esta posición, la del odio, porque sería realmente una posición muy depresiva; no tener ninguna responsabilidad nosotros y que otras personas tengan la responsabilidad, cuando el norte global es responsable de todo lo que va mal en esos países. Creo que siempre hay espacios para que cambiemos, hay espacios para que intentemos generar cambios y muy a menudo no los usamos. Realmente tenemos que entendernos a nosotros mismos como sujetos y no como objetos, y tenemos que luchar por el espacio de afirmación, por el espacio de transformación del cambio para nosotros mismos y para la gente. Eso es realmente lo que me mantiene alejado de la depresión, me mantiene luchando y seguro. Tu universidad decidió tener una entrevista con un mozambicano, una entrevista con alguien que no es español; podrías hablar con alguien de Madrid o de donde sea que conozcas, pero estás eligiendo hablar con alguien de Mozambique. Estás eligiendo hablar con alguien que es negro. Hay conocimiento, hay sabiduría dentro de nuestras comunidades, en las comunidades del sur. Tratamos de aprender unos de otros. Es una forma de avanzar, es un paso adelante, que realmente se opone de alguna manera a este paradigma de que solo el norte está desarrollado, solo en el norte tenemos ciencia y demás.

Así que tenemos que encontrar nuestras formas, nadie vendrá a nosotros y nos dirá cuáles son las soluciones a los problemas en Mozambique, tienen que ser los mozambicanos; así como en Colombia, tienes que ser tú. Nadie conoce Colombia mejor que tú, que naciste en ese país, conoces a tus padres, tu familia, que viven en ese país, construyeron ese país, así que nadie lo conoce mejor que tú. ¿Como será la salud mental en Colombia, en Mozambique? Tenemos que decidirlo, tenemos que discutirlo y tenemos que luchar por ello.

MP|MY *¿Qué otros desafíos cree usted que enfrenta actualmente la salud mental?*

Bueno, creo que sería difícil para mí, por no mencionar que Mozambique está atravesando un ciclo de violencia. Realmente, pensamos que un ciclo termina y luego comienza otro. La gente no encuentra formas de diálogo, formas en las que realmente puedan plantear diferentes puntos de vista, de una manera productiva, de una manera humana. Entonces, tenemos la guerra de la que hablé, que involucró a los niños soldados; fue de 1977 a 1992, y hubo luego algunos otros episodios de violencia, pero ahora en 2017 tenemos un grupo en la parte norte de Mozambique, probablemente jóvenes que pretenden ser o pertenecen a los estados islámicos, y son como una especie de Yihad que, cuando lo miras, probablemente no se trata de religión sino más bien de política, se trata de exclusión, exclusión social, exclusión política.

En Mozambique hemos tenido elecciones y hemos sufrido violencia en las calles, manifestaciones, gente asesinada. Íbamos a celebrar un congreso en Mozambique. El congreso debía celebrarse en diciembre, en tres semanas, pero tuvimos que cancelarlo o posponerlo hasta mayo, y el tema que realmente queremos debatir allí es cómo fabricamos la guerra o las guerras y cómo construimos la paz. Creo que para nosotros es más importante que nunca debatir esa cuestión en Mozambique. Desde el punto de vista psicoanalítico, conocemos el impulso, pulsión de muerte o thanatos, etc., pero esa es una discusión propia del psicoanálisis. Realmente tenemos que participar en una discusión más amplia sobre cómo funciona realmente eso en el campo de la política, en economía, etc., y hacer participar a personas de otras disciplinas con las que trabajamos, porque debemos ser capaces de romper el ciclo de violencia, que está destruyendo vidas a diario, así como la pobreza. La única diferencia es que cuando eres pobre, mueres sin hacer mucho ruido. Te mueres y la gente no se da cuenta de que te estás muriendo, pero en países como Mozambique la gente muere a causa de la pobreza. Quizá la pobreza mata más. Hubo guerras civiles, conflictos y violencia militar, y sólo nos fijamos en la gente cuando hay ese tipo de violencia; tan pronto como

se silencian las armas, no nos fijamos en las causas que llevaron a la gente a participar en estas luchas. Si no abordamos la pobreza...la psicología no es muy buena para abordar la pobreza estructural, que es una de las principales cosas que impiden a la gente acercarse a lo que llamaríamos salud mental o calidad de vida o lo que sea, ¿y cómo la psicología o el psicoanálisis se ocuparán de ello? Es un verdadero desafío. Pero sé que me estoy repitiendo. Creo que ya hemos hablado de esto, así que no hay nada nuevo que pueda añadir en ese campo.

MP|MY *Siguiendo en la dirección de lo que estabas diciendo, en este punto donde has estado discutiendo el contexto, los factores económicos, políticos y sociales, ¿qué posible reconocimiento de dichos factores sugerirías desde una perspectiva teórica, técnica, institucional y política?*

Muy interesante, creo. No sé, no puedo responder a eso. Creo que es lo que probablemente podamos hacer o lo que yo intenté hacer, pero no sé realmente cómo hacerlo. En realidad, la psicología tiene que informar a la sociedad, a la política, sobre el costo de la pobreza, por ejemplo, en términos de cómo afecta a los seres humanos. Creo que hay una falta de estudios, dónde realmente miremos esos aspectos y nosotros, como psicólogos, somos parte de la discusión. Normalmente nos encontramos marginando esas discusiones en Mozambique, -al menos no nos escuchan- pero por otro lado realmente no hacemos esos estudios. Por ejemplo, en los últimos dos años estuve haciendo un estudio sobre las adversidades infantiles y las adversidades infantiles son realmente negligencia emocional, violencia, pero también negligencia física.

Hemos realizado un gran estudio y ahora nos toca presentarlo al público en general, interactuar con las partes interesadas y, al menos, hacer hincapié en el problema y tratar de que la gente discuta sobre el camino a seguir, porque vivimos en una situación de negación; vivimos como si el problema no existiera. Creo que eso es sólo para sacarlo a la luz como tema de investi-

gación o de conferencias y pedir a la gente que se posicione en contra de eso; ya que vivimos en una situación de negación. Para la clase a la que pertenecemos, la gente de clase media y alta, la gente que no tiene nada, la mayoría, como dije, en ciudades como Maputo, (el 80 por ciento) pretendemos que no existen. Creo que eso es realmente parte de la discusión.

MP|MY *¿Cómo crees que debería proponerse la formación en salud mental?*

Realmente no lo sé. Creo que tiene que ser relevante para el contexto, tiene que ser relevante para los problemas que enfrentan los países, tienen que ser colegas con sensibilidad y las herramientas para poder abordar, comprender y abordar los desafíos que tenemos en nuestro contexto específico, en nuestras culturas específicas, etc. Eso no es realmente lo que está sucediendo ahora. Tiene que valorarse mucho más el conocimiento local. Tienes que poder tener más gente, estudiantes haciendo investigación para buscar lo que otras personas, de Mozambique del Sur, mujeres negras, hombres negros, personas de América del Sur, han escrito sobre esos temas, para ganar conocimiento, experiencia. Eso definitivamente, aunque no es realmente mi campo; soy más un tipo clínico, más que académico. Pero lo que siento es que a veces el trabajo académico o la formación que se proporciona en las universidades no es relevante para los retos que van a enfrentar las personas sea cual sea el campo. Si terminan trabajando en un hospital, uno de los grandes hospitales, o la clínica privada con clientes privados, puede estar bien, pero cuando tienen que ir a trabajar en asentamientos rurales o en barrios pobres realmente no son aptos para el trabajo.

MP|MY *En esta educación en salud mental, ¿se pueden enseñar aspectos éticos y políticos? ¿O son características intrínsecas de los individuos? ¿Qué opinas al respecto?*

Sí, creo que cuando hablas con colegas te das cuenta de lo grandes que son los problemas en el trabajo clínico. Por ejemplo, cuando te

has formado como psiquiatra y prescribes medicamentos a un paciente, este va y luego vuelve y dice que no tiene dinero para comprarlos. Imagina que quieres que tome cuatro medicamentos y te pregunta: si solo compra uno, ¿cuál debería comprar? No estás formado para eso. Tiene que tomarlos en esa combinación, los cuatro. No puedes tomar solo uno. Deberías decir: “bueno, si no tienes dinero, olvídalo. No tomes ninguno”. Pero, ¿qué le dices? Si lees lo que se escribe sobre política de salud mental, lo que dice el ministro de salud, que habla de un país que es realmente surrealista, que no es realmente un país donde la gente vive, e incluso la Organización Mundial de la Salud, que pretende que está haciendo un gran trabajo, que las cosas van bien...pero cuando observas la realidad, la realidad clínica, te das cuenta de que es otra. En realidad, se trata de las narrativas en nuestra sociedad, la forma en que nuestra sociedad se define a sí misma, quién es ciudadano, quién no lo es. Esa es realmente una pregunta muy compleja, pero definitivamente, comienza con nosotros. Podemos ser parte del problema o parte de la solución. Y creo que al plantear las preguntas, estamos aportando algo de luz al debate. Pero no tengo una solución. No tengo las respuestas. Tengo las mismas preguntas que tienes tú.

MP|MY *¿Qué teorías crees que se deben incluir en la esa formación? ¿Y qué aspectos prácticos se pueden utilizar en las intervenciones en este ámbito? ¿Crees que es importante tener capacidad creativa?*

En realidad, cuando hablas con distintas personas al respecto, te dan opiniones diferentes y, muy a menudo, sus opiniones están determinadas por la formación que tienen, la escuela a la que pertenecen, si son psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, etc., y probablemente la respuesta será una especie de combinación de todas esas definiciones. Lo que puedo decir es que la intervención tiene que ser relevante para los problemas que enfrentamos, nuestras comunidades, nuestros pacientes, etc. Eso es, para mí, lo más determinante. Así que tal vez ni siquiera me pregunte si el mejor enfoque es empezar desde la teoría o

empezar desde la práctica, sino que deberíamos mirar más en nuestros países qué funciona bien.

Si descubrimos qué intervenciones funcionan bien, entonces tenemos que preguntarnos por qué lo hacen bien. Creo que eso aportaría mucho a la teoría. Muy a menudo llegamos cegados por nuestras teorías, de modo que yo sería más pragmático, adoptaría un enfoque más deductivo, ya que, antes que nosotros, hubo otros colegas muy buenos que se habían enfrentado a cuestiones similares. ¿Por qué no mirar lo que han hecho? ¿Por qué no mirar los desafíos que tienen, las contribuciones que han hecho? Creo que eso probablemente nos ayudaría mucho. Claramente, tenemos que tener algún tipo de paradigma en el que miremos lo biopsicosocial y lo que sea, para no olvidar nada, que miremos diferentes dimensiones, etc. Si ya tienes un buen acervo de evaluaciones de intervenciones del pasado, creo que diría que hay que seguir adelante con la teoría, pero si no, creo que hay que mirar primero lo que funcionó bien, dejar que la práctica te informe. Esa es mi contribución, pero también, repito, no soy una persona académica típica, soy más una persona práctica, así que probablemente te estoy hablando como clínico porque escucho mucha basura, ya sabes, la gente viene a ti y organiza conferencias y escribe libros y demás, y realmente muy, muy a menudo te das cuenta de que alguien tiene un título de doctor o un título de maestría, pero lo que realmente expresa en términos de su valor no es mucho. Estoy hablando de Mozambique, no de Colombia, para ser claro.

MP|MY *¿Cómo se crea una política de salud mental y se vuelve hegemónica?*

Bueno, en lo que respecta a países como Mozambique, en África, no estoy seguro de cuáles son las cifras actuales, pero creo que la salud mental está realmente infrafinanciada. Menos del 1% del presupuesto, o del presupuesto estatal, se destina a la salud mental. Mozambique no tiene psiquiatras en todas las provincias, lo que significa que tiene más enfermeros psiquiátricos que se dedican

a la psiquiatría. Muy a menudo los colegas solo tienen formación en psicología, pero no tienen formación adicional en diferentes psicoterapias. Así que en lo que respecta a Mozambique, creo que se ajustará a lo que la Organización Mundial de la Salud quiere, dice y escribe. En este momento, es realmente una de las áreas de infrafinanciación del país. Entonces, ¿qué hay de las políticas de salud mental que se han elaborado? Hemos intentado, por ejemplo, que sea un tema que interese mucho, aparte de los niños soldados. Ya hemos hablado bastante de ello. Por ejemplo, el abuso sexual de niños, en Mozambique, incluso a veces se produce en la escuela y los perpetradores pueden ser los profesores. ¿Cuál es el impacto de eso? ¿El impacto negativo que un niño aprende en la escuela? Las personas que tienen poder, un profesor que debería ser un modelo a seguir en el que se debe confiar, es el que abusa.

Teníamos un proyecto en el que buscábamos financiación para abordar en las escuelas la prevención del abuso sexual infantil de entre seis y doce años, sabiendo que los profesores pueden, en algunos casos, estar implicados como perpetradores o encubriendo lo que sucede. No queríamos involucrar directamente a los profesores como facilitadores, pero teníamos gente externa facilitando; trabajamos con los niños, con los padres y con los profesores. El proyecto fue un éxito. Pensábamos que íbamos a hacer prevención primaria, que íbamos a trabajar con los niños para que no terminaran siendo víctimas de violencia sexual. Al trabajar con los niños, nos dimos cuenta de que algunos de esos niños, ya eran sobrevivientes de abuso sexual infantil. Entonces tuvimos que prevenir, brindarles apoyo psicoterapéutico, con trabajo legal, con trabajo social y queríamos tenerlo como un proyecto piloto que, al final del día, sea parte de las políticas de salud, de las políticas educativas que tenemos en las escuelas públicas. Contratamos psicólogos, tuvimos proyectos para prevenir el abuso sexual infantil, sistemas establecidos donde los maestros que abusan de los niños sean castigados, expulsados del servicio público. Lo hemos hecho durante tres años en dos

provincias diferentes. Tuvimos que traducirlo del portugués al changana, el idioma que se habla en la parte sur de Mozambique, makhuwa, el idioma que se habla en una de las provincias del norte. Tenemos dos evaluaciones del proyecto, evaluaciones externas. El proyecto fue un éxito. Adivinen qué dijeron el ministro de salud y el de educación: no vamos a seguir con el proyecto porque no tenemos fondos. Formamos psicólogos, y luego vas a la escuela y hay una falta de psicólogos. Encontraremos psicólogos como taxistas, y diremos que lo sentimos, que no tenemos dinero. Así que creo que con esta asignación de recursos mostramos muy claramente cuáles son las prioridades y la prioridad realmente no es la salud mental. ¿Cómo hacer que eso sea una prioridad? No lo sé, realmente no lo sé.

MP|MY *Me gustaría preguntarte, en ese contexto, ¿qué desafíos enfrenta la salud mental?*

Creo que es una especie de función de coartada, que pretendes que estás haciendo algo, pero en el fondo de tu corazón sabes que no estás haciendo nada, que no recibirás financiación. Una de las cosas que también descubrí es que cuando trabajas con niños, y yo trabajé mucho con niños, hay que tener en cuenta que como los niños no votan, no cuentan. Cuando hay elecciones o debates políticos, nadie levanta la mano y dice: “te apoyaré si priorizas la salud mental”. Así que la salud mental no es realmente un tema que se discuta en los grupos de opinión. Y por otro lado, como dije en un contexto diferente, probablemente cuando hablamos de salud mental, pensamos en nosotros mismos, psicólogos, profesionales de la salud mental, pero olvidamos que en un contexto como el de Mozambique, los curanderos tradicionales tal vez sean los más relevantes; hacen su trabajo en sus comunidades, particularmente en el campo, nadie interfiere en su trabajo, la gente confía en ellos, la gente cree en ellos y nosotros somos una especie de sistema paralelo.

MP|MY *¿Crees que las iniciativas en el campo de la salud mental pueden sostenerse en contextos institucionales y políticos que se oponen a ellas?*

Bueno, probablemente no, pero eso ya lo sabemos. Es lo que está pasando ahora, se gasta dinero en conferencias, se gasta dinero en artículos, pero sabemos que tienen muy poco efecto en mejorar la vida y la calidad de vida de las personas, o en la prestación de servicios de salud mental.

Como ya he dicho, en Mozambique hay violencia militar en la parte norte de Mozambique con este llamado grupo islámico. Más de un millón de personas se ven afectadas por este conflicto. Cuando se observa lo que se hace en materia de salud mental, es casi nada. Casi nada. Si se analizan otros aspectos, como el apoyo alimentario, el acceso al agua potable, se verá que no es suficiente, que la gente muere debido a la falta de agua potable, a la falta de alimentos, etc. En este contexto, ¿qué papel desempeña la salud mental? Yo diría que no hay espacio. No está realmente ahí. Si analizamos las políticas existentes o inexistentes, nos damos cuenta de que no tienen relevancia para la situación actual. Y la primera pregunta para mí sería, ¿cómo hacemos que la salud mental sea relevante en nuestra sociedad? Ahí es donde dije que la salud mental no tiene lobby, como los niños no tienen lobby. Y mientras no veamos ese tema importante en nuestra sociedad, algunas personas que tienen problemas te dirán, voy a la iglesia. Cuando vas a la iglesia te dirán, “rezaremos por ti, hermana”.

La gente, muchas veces, termina suicidándose en parte por todo esto. Tuvimos septiembre, septiembre amarillo; se dedicó a la prevención del suicidio y es realmente triste, cuando intentas mapear cuáles son los recursos disponibles para las personas cuando necesitan apoyo, antes de que se suiciden, y descubres que realmente no hay nada. Ya sabes, realmente no hay nada. Y si vas a un hospital público, te dirán: vale, espera, podemos darte una cita. Ahora es noviembre, así que vuelves en junio del

año que viene. Vamos a tener una cita para usted. ¿Qué tipo de asistencia se le brinda, si usted es una sobreviviente de violencia sexual y le dan una cita hoy y la próxima cita en tres meses?

Parece que solo se trata de decir que estamos haciendo algo. Los informes son buenos, pero no son realmente relevantes. Si no tienes dinero para buscar servicios privados, estás perdido. Realmente tenemos que mirar, en el caso de Mozambique, nosotros también, como psicólogos, si nos convertimos en parte del problema porque tratamos, de alguna manera, de hacer que una situación muy mala parezca mejor, realmente no miramos la situación real. Realmente diría que, en las políticas de Mozambique, las políticas de salud mental no tienen relevancia.

¿Qué pasará si no somos capaces de poner la salud mental como parte del bienestar de nuestros ciudadanos, de hacer que nuestra gente sea considerada ciudadana con derechos, derecho a una vida digna? Si no se pone eso en el centro de las discusiones, las discusiones políticas, económicas, la distribución de la riqueza, la integración de la mujer creo que no llegaremos a ninguna parte. Estaremos en ciclos. Tengo 64 años. Cuando tenía 30 años y tenía mucha energía, trabajaba con los niños soldados. Ahora miro hacia atrás y descubro que el país y esos ex - niños soldados están ahora en el peor lugar que hace 30 años. El mundo no ha mejorado; todo lo contrario, en países como Mozambique, y eso es realmente triste. Sí, eso es realmente triste. Y esa es la pregunta: ¿cuál es mi responsabilidad? ¿Cuál es nuestra responsabilidad? ¿Qué es lo que no miramos?. Realmente no lo sé. Creo que tal vez creíamos mucho en teorías y políticas y demás, y realmente nos entreteníamos con esa discusión y nos manteníamos ocupados y creíamos que estábamos haciendo cosas buenas. Pero, mira el mundo....miras atrás y dices: “¿Qué hicimos mal? ¿Cómo pudimos terminar en un agujero tan profundo como el que estamos ahora?” Y creo que hay algo que tenemos que aprender. No estoy seguro de qué, pero probablemente sea lo que dijo Einstein: no podemos hacer las cosas de la misma manera y pretender que tendremos

un resultado diferente. Tal vez tengamos que volver a analizarlo más a fondo, a la práctica, a lo que hemos hecho. ¿Qué ayudó realmente? ¿Por qué ayudó? ¿Por qué no ayudó? Y tal vez eso realmente informe más sobre nuestras discusiones, nuestras prioridades, nuestras políticas.

MP|MY *Me gustaría preguntarle si en ese contexto en el que todo está desordenado, que estamos haciendo lo mismo pretendiendo que lo mismo puede tener resultados diferentes, ¿cuál es el papel que juega la comunidad en este desarrollo? ¿Pueden hacer algo? ¿Cuál es el papel que tienen? Porque en la última pregunta decías que el gobierno es desordenado, no funciona, depende de muchos problemas financieros y otras cosas, pero ¿qué pasa con la comunidad? ¿Cuál es su papel?*

Yo pienso que cuando tú no sabes de donde vendrá la próxima comida; que ya mantienes tu mente y tu vida 80% o 90% ocupada con los asuntos existenciales, miras a las que se llaman iglesias pentecostales, donde realmente prometen milagros, prometes darle el 10% del dinero que tienes, diezmo, así es como lo llaman, entonces Dios multiplicará el dinero que tienes. Miras los niveles de alcoholismo, consumo de drogas o alcohol, y te das cuenta que estás tratando -empezando con las ciudades- con una sociedad muy enferma, donde la gente no ve esperanza, perspectiva con respecto al futuro y buscan algún tipo de milagros. Miras al campo, las áreas rurales, sabes que la gente debería poder producir lo suficiente para alimentarse y mantener sus vidas, pero les quitan la tierra fértil, no tienen una infraestructura de transporte, no tienen infraestructura de mercados. Miras las tasas de natalidad y sabes que la población está aumentando, pero los recursos no están aumentando al mismo nivel, así que eso es un desastre. No es para que nos volvamos pesimistas y deprimidos, pero se trata de entender cuán grandes son los desafíos y tratar de intentar afrontarlos. Debemos aprender del pasado, lo que funcionó para inspirar a los jóvenes, porque los jóvenes, el futuro les pertenece a ellos. No hay que perder la

esperanza de creer que es posible tener un mundo diferente, y ser capaces de luchar por él y construirlo.

MP|MY *En ese contexto, dices que es como si no hubiera esperanza. Aún así, ¿cómo puedes conectar con la comunidad y que ellos puedan ser parte de la solución? Porque es un mundo realmente deprimente con mucho dolor.*

Eso es cierto en el caso de Mozambique, es un momento muy difícil, por los niveles de pobreza, los niveles de desinversión en los servicios públicos, el servicio a los ciudadanos, el nivel de exclusión social, la exclusión política, la cantidad de jóvenes, jóvenes que no tienen perspectivas en lo que respecta a su futuro. También los niveles de autodestrucción, el alcohol, las drogas, la gente que busca ideologías extremistas, ya sean islámicas, con armas de fuego que intentan matar a otras personas... la violencia estructural, la pobreza estructural, estos niveles de explotación, que vienen del norte global, la incapacidad de las élites para reinventarse a sí mismas, para poder realmente controlar la situación, crea mucha desesperación. Tenemos que reconocer que esa es la realidad. Solo si no tratamos de hacerla parecer más bonita de lo que es, cuando aceptemos lo difícil que es la verdad desnuda, tal vez podamos iniciar una conversación.

Por otro lado, lo que quiero decir es que como profesionales y como individuos, no tenemos que rendirnos y decir que no hay esperanza, sino que se trata de volver a descubrir lo que funcionó. ¿Cuáles son los nuevos desafíos en el pasado? Estoy tratando de utilizar la experiencia que teníamos en el pasado con los niños soldados para aplicarla ahora con los niños que están involucrados en la violencia en la parte norte de Mozambique. Me di cuenta de que hay nuevas dimensiones de radicalización, ¿sabes? ¿Cómo abordamos la radicalización y la radicalización extremista? Es un tema con el que nunca me he ocupado en el pasado, en el que alguien utiliza el término Allah o Dios para explicar cómo le da derecho a matar a otras personas. ¿Es eso solo ideología o religión? ¿Es algo nuevo? ¿O es la continuación

de los mismos viejos problemas de exclusión política, económica y social?

Ese es un gran interrogante para mí al cual no puedo responder con exactitud. Sin embargo, la otra cosa en la que estoy tratando de trabajar es en la construcción del consejero del personal; el consejero del personal es un miembro del personal que ha estado integrado en el equipo con el que estoy trabajando, un equipo de servidores públicos que están haciendo trabajo social en esta guerra, en esta región, tratando de cuidar su salud mental, mejorando su bienestar desde dentro de las estructuras del estado, tratando de entender qué está sucediendo y descubrir cuáles son los espacios desde los cuales se puede influir en los servicios.

Si hay funcionarios públicos que reconocen la importancia de la salud mental y el bienestar para sí mismos y lo practican, aumenta la posibilidad de que lo traduzcan en el trabajo que realizan con las personas a las que sirven. Esa es una de las cosas a las que me dedico y, al mantenerme ocupado y elegir -tengo el privilegio de poder elegir- me mantengo probando cosas nuevas, probando nuevas formas de relacionarme con esta realidad.

MP|MY *¿Qué otras consecuencias tuvieron la guerra, los conflictos armados, en la salud mental de la gente de Mozambique?*

Creo que ya hemos abordado uno de los siguientes: los niveles de violencia que tuvimos en este país, ya sea antes de la colonia, durante la época colonial o después de la independencia, hacen que a los mozambicanos les resulte difícil ser vistos como seres humanos, ciudadanos de un país, personas que tienen derecho a tener una vida pacífica, en paz, que tienen derecho a tener acceso a todo lo que estamos hablando aquí, al agua, a una vivienda adecuada, a la salud mental, a una vida digna. Creo que esos son, diría yo, los principales desafíos que tenemos en Mozambique. Se pueden ver esto desde diferentes perspectivas, ya sea desde la

perspectiva del norte o del norte global, donde sus mismos derechos no son considerados necesarios para la gente del sur, o la nuestra, la de quienes estamos acostumbrados en Mozambique a ver la pobreza, a ver a la gente mendigando, a ver a la gente morir, como parte de una nueva normalidad. Ese es realmente uno de los principales desafíos. Y sí, y creo que lo peor es que cuando matan a otra persona, la transforman en un objeto, en un enemigo al que hay que matar, pero también se deshumaniza a la persona que mata a otra, a la que consiente que se produzca la violencia. Creo que probablemente en Mozambique estamos lidiando con una experiencia de mucha violencia; más violencia de la que nosotros, como seres humanos, podemos realmente elaborar, transformar, porque no tenemos los recursos necesarios para lidiar con ella, y creo que mucha violencia, al no elaborarse, se mantiene en un ciclo, transformándose en una acción violenta, que termina negándonos a nosotros mismos la calidad de vida, la dignidad de la vida, pero también a las personas que nos rodean.

MP|MY *En ese contexto, ¿qué sectores fueron los más afectados en este contexto de guerra de Mozambique, además de los niños, por supuesto?*

Cuando se analiza la infraestructura que tenía Mozambique en el momento de la independencia, se ve que la mayor parte de esa infraestructura fue destruida. Estamos hablando de fábricas que proporcionaban trabajo a la gente; estamos hablando de las inversiones que ha hecho el gobierno que quería desarrollar una especie de modelo socialista, como las cooperativas de producción, pero que luego fueron atacadas durante la guerra y fueron destruidas. Creo que en Mozambique nos haríamos la pregunta opuesta: ¿hay algún sector que todavía esté bien o que vaya bien? Probablemente diría que no. Creo que el único sector en Mozambique que funciona bien es la industria minera extractiva, porque sirve a las empresas que atienden al mercado internacional. No existe ni siquiera una buena conexión por carretera; entre el sur y el norte del país en época de lluvias

se sabe que la conexión principal está rota, todo lo que tienes es una buena conexión entre los países vecinos y los puertos, porque Mozambique trabaja para servir a los países vecinos que necesitan acceso al puerto para exportar e importar más bienes, para exportar bienes. Algunos dirían que la educación está bien en Mozambique así como la salud, pero a veces tengo la sensación de que la gente mira los números y no mira la calidad, donde proporcionas más educación a más gente, pero sin ninguna calidad, das acceso a la educación primaria, pero la gente está aprendiendo bajo el árbol, y este tipo de educación no ayuda a la gente a ganar control sobre sus propias vidas para tener acceso a un trabajo o autoempleo y así sucesivamente, por lo que el ciclo de pobreza se repite.

De esta forma, veo que lo más afectada no es tanto la infraestructura material, sino la capacidad que tenemos de proyectarnos hacia un futuro diferente al actual. Cuando se pierde eso, la esperanza, la capacidad de creer y de ver un camino hacia adelante, se pierde la confianza en uno mismo, en la comunidad, en la cultura, en que se pueda generar un cambio, que se puedan lograr mejores condiciones de vida para la gente.

MP|MY *Y por último, creo que ya respondiste a esto, pero aún así, quiero preguntarte, ¿puede un país con grandes desafíos económicos y recursos estatales limitados, como Mozambique, implementar efectivamente una política de salud mental?*

Mozambique, dije que es uno de los países más ricos en cuanto a los recursos que tiene. Creo que el 30 por ciento de los autos eléctricos en los EE. UU. ahora se abastecerán con minerales de aquí. Mozambique es el tercer país en términos de grandes reservas de gas natural, el tercero o segundo en el mundo. Por un lado, tienes esta riqueza y por otro lado tienes esta pobreza. Creo que Mozambique tiene el potencial, Mozambique tiene que ser capaz de adquirir más financiación pública, Mozambique tiene que tener impuestos más altos para estas grandes empresas que están trabajando o tienen que pedir a estas empresas que

tengan una responsabilidad social con las comunidades a las que están afectando con la explotación. Tenemos que tener un gobierno con un compromiso mucho mayor con la salud mental, y entender que la vida digna es un derecho que tenemos, pero por otro lado, como ciudadanos tenemos que luchar por ella, tenemos que entender que tenemos un derecho y que tenemos que luchar por él, que no se nos dará de forma gratuita.

Veo que se avecina un cambio, porque la mayoría de los mozambicanos son jóvenes y están cada vez más molestos, se están frustrando, no ven futuro y eso es realmente peligroso porque conlleva el potencial de una renovación social, pero también puede ser una explosión. Creo que los mozambicanos son racionales, creo que elegirán el camino del diálogo, la negociación, la búsqueda del bien común, pero también es posible lo otro, porque tenemos una historia de mucha violencia; espero que no.

MP|MY *Queremos agradecerte sinceramente por toda esta conversación. Creemos que compartiste con nosotros cosas personales, experiencias como psicólogo, las cosas que te cuestionas sobre esa profesión, hablas sobre la educación en salud mental, el desarrollo de políticas de salud mental, incluso algunas cosas específicas sobre la situación de Mozambique, no solo en el pasado, sino en la actualidad. Me gustaría pedirte que cierres, si hay algo que te gustaría agregar sobre tus experiencias, sobre la recomendación de políticas públicas, la capacitación de profesionales para las nuevas generaciones, sobre cómo poner esto en la agenda política. Dices dos cosas que creo que son realmente relevantes, que son la salud mental como una vida digna y la justicia social.*

Creo que la salud mental ya se ha perdido si se la tiene que poner en competencia con el agua, y el agua limpia tiene que competir con los alimentos, ¿sabes? No puede haber competencia, tiene que estar en armonía, tiene que estar en armonía por ejemplo con el acceso al agua; eso es algo que tenemos que descubrir en países como Mozambique. Necesitamos comprar medicamentos;

necesitamos salvar vidas. Todavía damos prioridad a la supervivencia inmediata, ¿cómo salimos en parte de esa supervivencia inmediata? Creo que al empoderar a las personas, al hacerles entender que saben que tienen el poder de moldear su presente para luchar por su futuro, para hacer las transformaciones que se requieren al valorar su propia experiencia, al mirar cómo en el pasado han podido enfrentar desafíos y ver qué funcionó bien, qué no funcionó bien y participar en replicar ese desarrollo. Creo que debemos ser muy muy creativos. No sabemos de qué forma, pero saber que no sabemos ya es un paso.

Bibliografía

1. Arlow, J. (1991). Methodology and reconstruction. *Psychoanalytic Quarterly*, 60, 539–563.
2. Bohleber, W. (2007). Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(1), 154–175.
3. Bravo, O. A. (Ed.). (2024). Uma aproximação à história e estado da psicanálise em Moçambique. Universidad Icesi. <https://doi.org/10.18046/EUI/ee.5.2024>
4. Brenneis, C. B. (1999). The analytic present in psychoanalytic reconstructions of the historical past. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 187–201.
5. Cohen, J. (1985). Trauma and repression. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 163–189.
6. Efraime Junior, B., & Errante, A. (2010). Reconstruindo a esperança na Ilha Josina Machel: em direção a um modelo de intervenção psicoterapêutica culturalmente mediato. In TRIEB, Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (Vol. IX, Nos. 1–2). Editora Imprinta Express.

7. Efraime Junior, B. (2016). Como se produz a cultura do medo. In C. Serra (Ed.), *Cadernos de Ciências Sociais*. Editora Escolar.
8. Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 215–223.
9. Fonagy, P. (2003). Psychoanalytic controversies: Rejoinder to Harold Blum. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 503–509.
10. Freeman, M. (1984). Psychoanalytic narration and the problem of historical knowledge. *Psychoanalytic Contemporary Thought*, 7, 133–182.
11. Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. In L. A. Hans (Org.), *Escritos da psicologia do inconsciente* (Vol. 2). Imago, 2004.
12. Freud, S. (1930). O mal-estar na civilização. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Imago, 1969.
13. Freud, S., & Einstein, A. (1933 [1932]). Por que a guerra?
14. Friedländer, S. (1997). *Nazi Germany and the Jews: Vol. I. The years of persecution, 1933–1939*. HarperCollins.
15. Gabbard, G., & Westen, D. (2003). Rethinking the therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823–841.
16. Gaensbauer, T. (1995). Trauma in the preverbal period. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 122–149.
17. Grand, S. (2000). *The reproduction of evil: A clinical and cultural perspective*. Analytic Press.
18. Vacchiano, F. (2023). *Sofrimento psíquico e linguagens da cura em Moçambique*. Instituto de Ciências Sociais, Imprensa de Ciências Sociais.

Traducción de la Conferencia: “Resiliencia en medio de la Adversidad”, a cargo de Samah Jabr^{*SJ} (Palestina)

Traducción y revisión:

RC Rafael Cárdenas
LA Lina Arenas

RC|LA *Si pudiera presentarse.*

SJ Bien, muchas gracias por esta amable invitación, especialmente porque llega en un momento difícil para Palestina. Ya saben, los palestinos han estado luchando durante muchos años para poner fin a la ocupación y lograr su liberación. Desde principios de la segunda semana de octubre, el 7 de octubre de 2023, ha habido una grave escalada de violencia. En respuesta, hemos visto represalias, una escalada aún mayor y un genocidio por parte de los israelíes. Un gran número de palestinos están

siendo asesinados. En este momento, mientras hablamos, hemos perdido la conexión a internet con Gaza. No hay electricidad, lo que agrava aún más la situación allí. Esto es solo una introducción para allanar el camino hacia lo que voy a hablar hoy.

Voy a hablar con ustedes sobre la resiliencia en medio de la adversidad y cómo navegar la salud mental en la Palestina ocupada. Podemos reflexionar sobre la resiliencia en cualquier momento en Palestina, pero ahora estamos en tiempos de guerra, lo que hace que la situación sea excepcional.

Entonces, déjenme explicarles la situación en Palestina. Antes de esta escalada de atrocidades, el Banco Mundial realizó un estudio importante en el que concluyó que el 70% de las personas en Gaza y el 50% de las personas en Cisjordania sufren depresión. *Save the Children* publicó otro informe interesante el año pasado. Su investigación concluyó que el 80% de los niños en Gaza sufren depresión. Gaza ha estado bajo asedio durante 16 años. Está bloqueada, y su gente no puede salir de allí. Durante este tiempo, han ocurrido múltiples ataques, lo que ha sido especialmente traumático para los jóvenes.

Un tercer ejemplo es la muerte de un activista llamado Khader Adnan. Falleció en mayo en su celda, en prisión. Estaba en huelga de hambre y murió sin recibir atención médica. Un periodista israelí, Edy Kohen, describió su muerte, que fue resultado de negligencia médica y depresión, como un “suicidio”.

Estos tres ejemplos —las altas tasas de depresión en Palestina, la psicopatología generalizada y el hecho de etiquetar la resistencia que lleva a la muerte como suicidio— nos muestran cómo el poder político patologiza a los palestinos con facilidad. En respuesta a esto, nuestra labor en salud mental se basa en una evaluación crítica. De todos modos, nuestra respuesta a esta patologización de la experiencia palestina es una evaluación crítica de los datos. Queremos transformar el sufrimiento psicológico, la impotencia y la agitación en una acción útil para la liberación personal y colectiva.

Cuando hablo de evaluación crítica de los datos, quiero dar un ejemplo con el estudio del Banco Mundial. Este estudio utilizó las cinco preguntas de la Organización Mundial de la Salud sobre el bienestar. Si le preguntas a una persona que ha estado viviendo bajo bombardeos constantes cómo están su actividad, su sueño y su bienestar, por supuesto, sus respuestas serán negativas. Pero no podemos concluir automáticamente que estas personas sufren depresión. Es mucho más probable que estén experimentando una violación de sus derechos humanos y angustia política debido al entorno en el que viven.

Para entender estos datos, necesitamos comprender el contexto. Bien, entonces, un mapa explica el contexto. El contexto de la ocupación tiene una dimensión geográfica. Significa robo de tierras y fragmentación geográfica.

Vemos que la tierra de Palestina se está reduciendo, y actualmente los palestinos viven en no más del siete u ocho por ciento de la tierra histórica de Palestina. Como se puede ver en las áreas verdes de Palestina, hay una pequeña zona que representa la Franja de Gaza, donde viven 2,3 millones de personas, y donde la inseguridad alimentaria es muy alta. La tasa de desempleo y pobreza es también muy alta.

Vemos en Cisjordania que las aldeas y los pueblos están separados entre sí por asentamientos israelíes, los cuales son ilegales según el derecho internacional. Así que esta realidad política, este robo de tierras, crea diferentes determinantes sociopolíticos de la salud y la salud mental en Palestina, lo cual afecta la salud mental de los palestinos de muchas maneras.

Existe otro mapa que muestra la falta de continuidad entre Gaza y Cisjordania. Por supuesto, pueden llamarlo como quieran: ocupación militar, colonialismo de asentamientos o apartheid. La ocupación militar crea, sostiene y contribuye a las disparidades en materia de salud y salud mental, ya sea directamente al causar muertes, lesiones y detenciones, o indirectamente, al perjudicar el crecimiento y desarrollo y obstaculizar los esfuer-

zos por crear un sistema de salud dentro de los territorios palestinos. Gaza es un lugar muy denso, una pequeña área con una comunidad altamente poblada.

Vemos en Cisjordania que hay un nivel muy alto de represión, donde un adolescente, provocado por la situación y enfrentándose a la ocupación, será arrestado por una tropa de soldados. Su trato será tan cruel que llegará a traumatizarlo deliberadamente, para que no se atreva a repetir ninguna confrontación en el futuro. Este es el tipo de daño que vemos en Gaza estos días, y este daño está deliberadamente diseñado para romper las esperanzas y aspiraciones de liberación del pueblo de Gaza.

Cualquier esfuerzo por desafiar la ocupación recibirá una reacción muy severa. La vida de los palestinos ha sido un experimento, un gran experimento de condicionamiento, condicionándolos a la impotencia. Cuando se atreven a protestar contra la ocupación, habrá un castigo muy cruel, lo que hace que la gente se rinda y adopte una posición de resignación.

Como expliqué, hay una discontinuidad geográfica y los desafíos en cada área geográfica son diferentes. En Jerusalén, por ejemplo, hay más confrontación, más contacto entre israelíes y palestinos. Podemos tomar como referencia una imagen de las famosas puertas de Damasco en la Ciudad Vieja de Jerusalén. Cada persona que pase por allí será revisada de una manera muy humillante, frente a todos en la calle, una revisión que resulta muy desmasculinizante e insultante.

La comunidad internacional que apoya a los medios israelíes crea una representación negativa de los palestinos. Retratan a los palestinos como personas que tienen una cultura de muerte y odio, y les importa poco la vida de sus hijos, la protección de sus hijos. Muestran imágenes de niños palestinos jugando a ser mártires, con paramédicos sosteniendo a un mártir, alguien que ha muerto en los eventos. Es comprensible que los niños palestinos jueguen a este tipo de juego, porque esta es la realidad que

viven, esto es lo que ven todo el tiempo, y lo expresan. Reflejan los eventos traumáticos que ven a su alrededor. Incluso algunos portavoces israelíes intentan jugar con la sensibilidad cultural y de género dentro de la comunidad palestina, por ejemplo, en una publicación en la página de Facebook del portavoz del ejército israelí, dicen que una mujer que participa en la marcha del retorno en las manifestaciones carece de honor y feminidad, y dicen otras cosas para provocar una actitud negativa de la comunidad palestina hacia esa mujer.

Quiero decirles que hay personas como yo, que viven en Jerusalén, nacimos aquí, en Jerusalén, donde nacieron mis padres y abuelos, quienes vivieron toda su vida aquí. Yo nací aquí y viví toda mi vida aquí. Sin embargo, en nuestros documentos de identidad está escrito que nuestra nacionalidad no está definida. Somos ciudadanos de ninguna parte del mundo. El estado de Israel nos percibe como residentes temporales, lo que hace que nuestro estatus sea muy vulnerable. Pueden revocar nuestra residencia en cualquier momento si no acatamos las leyes israelíes, y estas leyes israelíes son muy represivas. Pueden perseguir a las personas por su opinión y sus sentimientos.

Vemos que con el tiempo cambiaron la frase “nacionalidad no definida” y la convirtieron en “jordana”, lo cual no tiene ningún fundamento, porque para los jordanos no soy jordana en absoluto. También hay un ataque a la memoria y una eliminación completa de la narrativa palestina. Ya saben, son los poderosos quienes escriben la historia y crean la narrativa.

En 2009, hubo un gran evento en Jerusalén para los israelíes, donde 70 líderes mundiales vinieron para la conmemoración del Holocausto y visitaron el Museo del Holocausto. Ninguno de ellos sabe que este museo está construido sobre las ruinas de un pueblo palestino que fue evacuado por la fuerza militar. Así que hay una amnesia histórica, una negación y negligencia completa de la experiencia y la historia palestinas.

Un informe médico describe a una mujer cuya casa fue demolida en Jerusalén. Ella comenzó a llorar, hiperventilar y a jadear por aire, luego perdió el conocimiento y fue llevada a un hospital israelí, a la sala de emergencias. Su diagnóstico fue “personalidad emocionalmente inestable”. El diagnóstico se usó aquí sin ninguna referencia al contexto o la situación que causó su reacción. Este es otro ejemplo de muchos informes occidentales que describen la resistencia palestina como actos suicidas. En un artículo de mi autoría, hago una distinción entre el sacrificio en la mentalidad palestina y los actos suicidas.

Permítanme mostrarles una de las ironías de la ocupación de Palestina. Fue creada por masacres, como las perpetradas por las milicias judías en 1947- 48, quienes atacaban aldeas y mataban a muchas personas, con la intención de asustar a los demás para que se fueran. Esto es lo que están tratando de hacer ahora en Gaza. Una de las famosas masacres históricas ocurrió en la aldea de Deir Yassin, donde 300 personas fueron asesinadas en un solo día. El hijo del panadero fue arrojado al fuego de la panadería. Fue un evento horrible y aterrador para las aldeas cercanas. La gente fue desplazada por la fuerza debido al crimen de ser palestinos.

Ahora, este lugar, la aldea de Deir Yassin, es donde se construye el hospital psiquiátrico. Si un palestino de Jerusalén se vuelve psicótico o suicida, será admitido en este hospital, que está ubicado en el lugar de la masacre. Esa es la situación en la que estamos trabajando, una situación donde el contexto es muy patológico. En lugar de reconocer que el contexto es patogénico, nos dicen que las personas tienen patología, que las personas tienen depresión. Entonces, ¿cómo podemos funcionar en esta situación? Soy la directora de todos los servicios de salud mental en Cisjordania. También soy colaboradora de mis colegas en los Servicios de Salud Mental de Gaza, y superviso dichos servicios con ellos. Esta es la descripción de los servicios que tenemos en Palestina: hemos creado un Sistema de Salud Mental Comunitario, tenemos 14 centros en 14 distritos, un hospital psiquiátrico

que solía ser un antiguo hospital que prestaba servicios en Siria, Líbano, Jordania y Palestina, y un centro de rehabilitación para adicciones a las drogas en Gaza. Tenemos seis Centros Comunitarios de Salud Mental y un hospital psiquiátrico. Hace unos días, mis colegas me dijeron que el hospital psiquiátrico de Gaza también fue bombardeado. Tenemos varios organismos y servicios de la ONU que brindan clínicas de salud mental y servicios relacionados. Si comparamos el número de profesionales en salud mental en Cisjordania y Gaza con los del Líbano y Jordania, vemos que tenemos muy poco personal.

Ni siquiera lo comparo con Gran Bretaña o Francia, sino con otros países de ingresos bajos y medios de la región. Sin embargo, vemos que los números son muy bajos y tenemos muchos desafíos. Por supuesto, tenemos una alta prevalencia de trastornos de salud mental. Esto no significa que no tengamos personal, aunque no estoy de acuerdo con las estadísticas del Banco Mundial. Un estudio más serio publicado en 2019 sugiere que la prevalencia de los trastornos mentales es del 22,1% entre los palestinos, que necesitan intervenciones especializadas en salud mental.

Otro desafío es que los organismos internacionales (NGO's) utilizan el modelo biomédico, el cual no tiene en cuenta la violación de los derechos humanos ni los determinantes sociales y políticos de la salud. No reconoce que la defensa de los derechos humanos es crucial para el bienestar y la salud mental de los palestinos. Este modelo trata la psicopatología de las personas como un problema individual y no ofrece soluciones comunitarias para el trauma colectivo ni para la pérdida y el duelo que resultan de la guerra y la violencia. Muchos de estos organismos tienen una comprensión errónea del significado de "neutralidad" e "imparcialidad", pues lo entienden como un veto para mencionar la realidad política en Palestina.

Quieren que solo demos un código ICD para cualquier persona enferma y que tratemos a estas personas sin reconocer si sufren

injusticia, detención, tortura o dolor. Si no están “enfermos”, no podemos admitirlos en estas ONGs para recibir el apoyo psicológico necesario. Normalmente, dicen que los palestinos sufren de TEPT. He argumentado repetidamente que no hay un “pico” en la experiencia palestina. No hay un post-trauma, sino que es un sufrimiento colectivo, histórico y transgeneracional, que pasa de una generación a otra. Esto no se parece en nada a la experiencia de un soldado estadounidense que va a Irak y, cuando regresa a los Estados Unidos, tiene flashbacks y amenazas imaginarias. En Palestina, la amenaza es muy real, y la hipervigilancia es necesaria para sobrevivir a las atrocidades.

También, a veces escucho de mis pacientes algo como “Sé lo que tengo, soy perspicaz”. En árabe dicen “ديلاو قريصب ني علًا” “قريصبق”, lo que significa “tengo la perspicacia”, pero mi brazo es corto”. Es decir, como si fuera un idiota, como si fuera un enfermo. Porque si critico y opino sobre la situación, esto perjudicará mi seguridad. Si se vuelven obstinados y críticos de la situación, esto pondría en riesgo su seguridad.

En Palestina, ya sea en Cisjordania o Jerusalén, la gente no puede hablar de sus sentimientos sobre lo que está sucediendo en Gaza porque sus pensamientos pueden llevarlos a la detención. Así que la gente actúa como si nada estuviera pasando o se hacen pasar por idiotas, diciendo que no tienen una opinión sobre lo que ocurre. Hay una desconfianza generalizada, y no es para menos. El ejército israelí exporta software espía a la comunidad internacional, y tal vez incluso a tu país, entrenando a otros gobiernos para reprimir a su propia gente. Así que veo pacientes en mi clínica que tienen problemas, pero no quieren que sus nombres sean registrados en mi computadora. Quieren que mi teléfono y computadora estén fuera del entorno terapéutico. Estas personas no son paranoicas ni tienen esquizofrenia; su hipervigilancia es racional dadas las circunstancias difíciles y represivas que enfrentan.

Así que en medio de esta situación en la que todo a nuestro alrededor quiere que los palestinos se rindan por completo a la depresión. Los profesionales de la salud mental ven que la resistencia a la ocupación es un elemento esencial en la recuperación de la mente ocupada, porque entendemos que un trauma individual, un trauma de un accidente de coche, por ejemplo, o una violación, cambia tu sistema nervioso y cambia los circuitos de tu cerebro. Daña tu tejido cerebral de una forma u otra, mientras que el trauma colectivo, el trauma histórico, el trauma colonial, daña el tejido social y la forma en que las personas se relacionan entre sí.

Hace mucho daño en las conexiones entre las personas, el yo, la imagen colectiva de una comunidad oprimida y nuestra relación con otras naciones, daña el tejido de la sociedad palestina. ¿Y qué síntomas vemos debido a este trauma colectivo? Vemos una sensación de opresión internalizada. Vemos palestinos que, en ausencia de resistencia, si se rinden, se ven a sí mismos como inferiores a sus agresores.

Peor aún, pueden sentirse fascinados por el agresor, presentando una desconfianza generalizada en toda la comunidad, baja autoestima y confianza colectivas, pérdida de subjetividad y sensación de ser objetivados, pérdida de agencia y aceptación del victimismo pasivo. En ese sentido, la resistencia palestina — y aquí me refiero a un amplio espectro de resistencia, resistencia con la palabra, resistencia con la acción, resistencia con la resistencia no violenta mediante mítines, huelgas de hambre y manifestaciones, defensa, trabajo humanitario — la resistencia está muy extendida y depende de los palestinos decidir qué resistencia pueden elegir en cada momento y quién es capaz de hacer qué. Pero la posición de resistencia es más saludable que la resignación pasiva.

La resistencia se deriva de la posición moral y de factores psicológicos. Representa valores simbólicos y espirituales que son muy importantes para quienes se ven privados de derechos

tangibles. Es una experiencia humanizadora. Tiene una influencia humanizadora que actúa contra la dinámica de la cosificación, tanto a nivel individual como colectivo. Los palestinos la perciben como un derecho humano garantizado por la Declaración Universal de Derechos Humanos y también como un deber moral. No se ajusta al cálculo habitual de riesgos y beneficios que caracteriza la lógica empresarial o económica. No puede juzgarse únicamente por el logro de los resultados finales. El camino de la resistencia es dignificante en sí mismo, incluso si no se alcanzan los objetivos deseados. Mantiene una concepción positiva de un futuro imaginado. Necesitamos imaginar un futuro positivo, porque eso nos mantiene en marcha, mirando hacia adelante. De lo contrario, si perdemos esta imaginación de un futuro mejor y miramos toda la demolición, la pérdida y la devastación que nos rodea, perderemos nuestra humanidad y nuestra objetividad. Nos perderemos a nosotros mismos. Nos volveremos insalubres. En respuesta a la resistencia palestina, ¿qué esperamos?, ¿qué nos ayudaría?

No nos enseñen TCC centrado en el trauma, terapia narrativa o EMDR. En este momento es irrelevante, los primeros auxilios psicológicos son irrelevantes cuando la gente no tiene agua, electricidad, internet, baños limpios, cuando las enfermedades infecciosas se propagan en las escuelas de la ONU donde miles de personas desplazadas esperan. La psicología y los primeros auxilios no son posibles. Lo que esperamos de la gente es solidaridad internacional. Es terapéutico, afirma, valida la humanidad de los palestinos. Reconoce nuestros sentimientos y nuestra subjetividad, y apoya nuestra aspiración de ser agentes y actores del cambio, teniendo el potencial de generalizarse en un activismo mutuo y global por la justicia

Finalmente, quiero dejarlos con una hermosa imagen. Es la del símbolo del olivo, un ícono de la Red Global de Salud Mental de Palestina. Es un grupo de activistas de salud mental que intentan integrar el aspecto decolonial, el aspecto de liberación de la psicología a nuestra práctica, en nuestra teoría y práctica. Conta-

mos con el apoyo de varias otras organizaciones en Occidente, siendo la más activa de ellas la Red de Salud Mental Palestina del Reino Unido, seguida de la Red de Salud Mental Palestina de EE. UU. y otra en Irlanda que también es bastante activa.

Esta solidaridad de los profesionales de la salud mental puede ayudarnos a dar testimonio de la difícil situación en Palestina. Nos brinda solidaridad, resiliencia y firmeza en este momento tan difícil, y nos ayuda a desafiar la dinámica de poder, incluso dentro de nuestra propia profesión. Quiero recordarles que, al comienzo de este ataque, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y varias otras asociaciones de salud mental, especialmente en los Estados Unidos, emitieron declaraciones de apoyo a Israel y se refirieron a los palestinos como terroristas y antisemitas. De esta manera, dieron luz verde a Israel para cometer su genocidio contra los palestinos, sin ningún llamado a la moderación. Los profesionales de la salud mental deben desafiar esta actitud, que no se rige por la ética ni por los principios básicos de la salud mental, cuyo principio fundamental es “no hacer daño”. Creo que están causando mucho daño a los palestinos.

RC|LA *En primer lugar, muchas gracias por su tiempo e información. Fue muy interesante para todos nosotros. Ahora tendremos un tiempo para preguntas, así que, si alguien tiene alguna pregunta, por favor, la puede poner en los comentarios. Traduiremos las preguntas. También pueden hacer comentarios, no solo preguntas. Alguien preguntó si es viable crear un estado o si es posible que exista un estado que represente ambas culturas al mismo tiempo.*

SJ Sabes, esta es una pregunta política, pero estoy feliz de responderla. Creo que el derecho internacional habla sobre la solución de dos estados, pero Israel ha creado una realidad sobre el terreno que hace que esta solución sea inviable. En reacción a ese llamado de los palestinos por un estado para todos sus ciudadanos, algo similar a la Sudáfrica post-apartheid, donde

los israelíes que detengan la ocupación serían residentes iguales a los palestinos. Pero ahora lo más urgente es pedir que se ponga fin al genocidio. Eso es lo más urgente, detener la matanza en Gaza.

Para darte una idea, desde el 7 de octubre del 2023 han pasado 19 o 20 días, y más de 7.000 personas han sido asesinadas, 3.000 de ellas son niños, 2.000 son mujeres. Gaza ha sido privada de alimentos, agua, electricidad y combustible. Hay 50.000 mujeres embarazadas en Gaza que no reciben atención prenatal. 5.000 de ellas están a punto de dar a luz, pero los hospitales están disfuncionales y desbordados, sin anestesia ni equipos médicos básicos. Algunas de estas mujeres necesitan cesáreas. ¿Puedes imaginar el desastre, el desastre de salud?

Esto no es más que genocidio, castigo colectivo y limpieza étnica del pueblo palestino. Los israelíes son abiertos sobre su intención de expulsar a la gente de Gaza y tomar el control de Gaza nuevamente. Esto tiene que parar. Es lo más urgente ahora. Después de esto, podemos hablar sobre la solución de un estado o la solución de dos estados.

RC|LA *Alguien dijo aquí que su trabajo es admirable y nos agradeció por compartirlo. Ahora, en la segunda pregunta: alguien preguntó si podría explicar la diferencia entre patógeno y patológico y cómo esto afecta la percepción sobre la crisis palestina.*

SJ Lo que quiero decir con “patógeno” es la situación que crea la patología. Por eso digo que el contexto, la ocupación, las atrocidades o el castigo colectivo son factores patógenos. Ellos crean una reacción patológica, crean enfermedad, sufrimiento y angustia. “Patológico” puede ser la reacción de las personas, pero lo que quiero decir es que, en Palestina, toda esta angustia y sufrimiento no necesariamente es patológico. Sí, hay ciertas personas con esquizofrenia, depresión, que necesitan tratamiento, pero el dolor, el dolor abrumador de la mayoría de las personas en Palestina, es la reacción normal ante una situación anormal, ante una situación patógena; por lo tanto, no necesita tratamiento.

No puedo darle un antidepresivo a una mujer que está de duelo por la muerte traumática de su hijo, esto es el duelo. O a una persona que perdió su hogar debido a una demolición. Estas personas necesitan solidaridad, defensa, restauración de los derechos humanos, satisfacción de las necesidades básicas; no necesitan medicamentos ni intervenciones psicológicas especializadas, necesitan cubrir sus necesidades básicas. Ahora, en Gaza, la gente necesita agua para beber, agua potable, necesitan comida, necesitan seguridad, necesitan un lugar seguro. Esas son las cosas más básicas que mejorarán mucho su bienestar psicológico.

RC|LA *Está bien, tenemos muchos comentarios aquí, la mayoría de los cuales te apoyan, pero alguien tenía otra pregunta: si nos pudieras explicar un poco más profundamente el impacto en el desarrollo de los niños palestinos, el impacto de la situación actual en su desarrollo.*

SJ Bueno, en primer lugar, quiero decir que los niños palestinos constituyen un gran porcentaje de la comunidad palestina. La comunidad palestina es una comunidad muy joven: casi el 50% de la población en Gaza y alrededor del 44% en Cisjordania. Como están en una etapa de desarrollo, sus cerebros son muy susceptibles y vulnerables. Pueden verse afectados por el trauma más que los adultos, cuyo desarrollo ya se ha completado. Además, los niños tienen mecanismos de defensa más débiles que los adultos, por lo que son los más afectados por las atrocidades. Podemos imaginar lo angustiante que debe ser vivir bajo un miedo continuo, mudarse de un hogar a otro, tratando de huir de la muerte todo el tiempo.

He visto imágenes de niños que siguen tapándose los oídos, incluso después de que termine el bombardeo. La gente sale de los escombros, en estado de shock, temblando por completo, retrocediendo, aferrándose a sus padres, sufriendo de insomnio, agitación y terrores nocturnos. Por lo tanto, son muy vulnerables a esta situación, y el daño que se les está causando amenaza con cambiar su personalidad, cambiar su visión del mundo en el futuro.

RC|LA *De acuerdo, gracias de nuevo. Tenemos otras preguntas hechas desde la transmisión de YouTube. Alguien pregunta: ¿cómo podemos, como psicólogos y profesionales, ayudar al pueblo palestino sin estar en Palestina? ¿Cómo pueden los psicólogos ayudar a los palestinos que están en el país y los que están fuera?*

SJ Sí, creo que esa es una pregunta muy importante. Creo que cualquier ciudadano decente del mundo puede ayudar simplemente haciendo llamados, escribiendo a los gobiernos, ofreciendo cualquier tipo de solidaridad con los palestinos. Ahora, como profesional de la salud mental, estoy más interesado en colaborar con los profesionales de la salud mental que quieran ayudar a los palestinos. Una forma de hacerlo es ayudarnos a generar conocimiento a partir de nuestra experiencia. Mencioné antes cómo los victoriosos, los poderosos, escriben la historia y pueden falsificarla a su gusto, para allanar el camino para este genocidio. Los israelíes dijeron que los palestinos decapitaban a los bebés, violaban a las mujeres, eran animales, mataban a su propia gente en los hospitales, dijeron muchas mentiras. Ahora, los profesionales de la salud mental, espero, tienen una mayor comprensión de la naturaleza humana, son más capaces de ayudar a las personas a pensar críticamente sobre ciertas situaciones.

Creo que el establecimiento de redes de salud mental, organizaciones hermanas de la Red Global de Salud Mental Palestina, puede ayudarnos a desafiar la guerra psicológica que se está librando contra los palestinos. Es importante documentar las experiencias de la gente. Estamos sobrecargados de trabajo, los profesionales de la salud mental palestinos están sobrecargados de trabajo. Hacemos muchas intervenciones de emergencia, respondemos a crisis, hacemos terapia, pero no tenemos suficiente tiempo para sentarnos a reflexionar sobre lo que vemos. Ayúdanos a escribir sobre esta experiencia, a testificar sobre lo que ocurre aquí. Ayúdanos a generar y distribuir este conocimiento a la academia, a las conferencias, y llevar un enfoque de salud mental anticolonial y de liberación a la psiquiatría y la psicología convencionales.

RC|LA *Tuvimos algunos comentarios más de apoyo de mucha gente que admira mucho su trabajo, y tenemos otra pregunta que, más que una pregunta, es una duda. Alguien quiere saber mucho más sobre el Centro de Salud Mental Comunitario en Gaza y Cisjordania, específicamente cómo abordan al colectivo de personas.*

SJ Quiero decir aquí que, básicamente, durante varios años ha habido una división entre el sistema de salud en Cisjordania y el sistema de salud en Gaza, pero me he estado comunicando con colegas en Gaza y apoyando el sistema de salud mental allí, organizando talleres sobre trauma. Tenemos una política nacional común de prevención del suicidio, tenemos una estrategia común de salud mental, hay mucha colaboración y existe el famoso programa de salud mental de Gaza, que es funcional y efectivo en Gaza. Ahora, todo está cerrado y no funciona de manera efectiva durante la guerra, pero quiero decir que los colegas allí están bien capacitados para brindar primeros auxilios psicológicos, pero necesitamos un lugar seguro para poder brindar esos primeros auxilios.

Están bien capacitados para implementar un programa de integración de la salud mental en la atención primaria y en el ámbito escolar, porque tenemos muy pocos profesionales especializados en salud mental. Por eso, capacitamos a muchos consejeros escolares, algunos maestros, muchos médicos generales y enfermeras para que trabajen de manera efectiva, brinden intervenciones de baja intensidad e identifiquen a aquellas personas que necesitan una intervención más seria por parte de los médicos.

Tratamos de impulsar intervenciones de salud mental comunitaria para apoyar a las personas con sus necesidades básicas y para apoyar su bienestar en general. Y, por supuesto, hay muchos que también requieren intervenciones más especializadas, como ir a una clínica psiquiátrica. Así que el sistema era muy bueno y funcional en Gaza, pero con estas atrocidades, todo está cerrado y disfuncional.

- RC|LA** *Para terminar, muchas gracias por su tiempo, realmente lo apreciamos mucho, y por compartir información tan valiosa. Todo lo que está sucediendo ahora es impactante, realmente es horrendo, la situación es horrenda, y esperamos que sus voces estén aquí, porque eso es lo que necesitamos.*
- SJ** Muchas gracias por su interés y por esta oportunidad de hablar con sus colegas.

Bibliografía

1. Abdeen, Sherein & Jabr, Samah & Morse, Michael & Lyman, Katherine & Berger, Elizabeth. (2017). Report: A Comprehensive Student Support Program in Mental Health // *يـبـالـط مـعـد جـمـانـرب* . Bethlehem University Journal, 34. 10.13169/bethunivj.34.2017.0143.
2. Berger, Elizabeth & Jabr, Samah. (2019). Silencing Palestine: Limitations on free speech within mental health organizations. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 17. 10.1002/aps.1630.
3. Jabr, Samah & Berger, Elizabeth. (2015). An occupied state of mind: Clinical transference and countertransference across the Israeli/Palestinian divide. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 21. 10.1057/pcs.2015.46.
4. Jabr, Samah & Berger, Elizabeth. (2016). The Survival and Well-Being of the Palestinian People Under Occupation. 10.1007/978-3-319-24774-8_24.
5. Jabr, Samah & Berger, Elizabeth. (2017). The Trauma of Humiliation in the Occupied Palestinian Territory = *يـضـار أـلـا يـف لـالـذـل أـمـدـص* . *قـلـت حـمـلـا قـيـن يـطـس لـفـل* . The Arab Journal of Psychiatry, 28, 154-159. 10.12816/0041716.

6. Jabr, Samah & Berger, Elizabeth. (2021). Mental Health Under Occupation: The Dilemmas of “Normalcy” in Palestine. 10.1007/978-3-030-66296-7_17.
7. Jabr, Samah & Berger, Elizabeth. (2023). Community mental health, psychoanalysis, and freedom: The case of Palestine. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 10.1002/aps.1801.
8. Jabr, Samah & Berger, Elizabeth. (2023). Palestine meeting Gaza’s mental health crisis. The Lancet Psychiatry, 11. 10.1016/S2215-0366(23)00398-X.
9. Jabr, Samah & Hinnawi, Zaynab & Berger, Elizabeth. (2024). Healing Through the Skies: Coping With Grief Through a Therapeutic Group Activity for Children in Palestine. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 22. 10.1002/aps.1898.
10. Jabr, Samah & Morse, Michael & Sarraj, Wasseem. (2013). Mental Health in Palestine: Country Report = ن.ي.ط.س.ل.ف. ي.ف.ة.ي.س.ف.ن.ل.ة.ح.ص.ل.ا. The Arab Journal of Psychiatry, 24, 174-178. 10.12816/0001376.
11. Universidad ICESI. [Universidad ICESI] (27 de octubre del 2023). Resiliencia en medio de la adversidad [Video]. YouTube: <https://www.youtube.com/live/vI5XVBsw7M4?si=0yRCA7kAgnttaSF8>.

/ Conclusiones generales /

La extensión, profundidad y calidad teórica y política de las entrevistas que conforman este texto imposibilitan reunir en estas conclusiones todos los aspectos mencionados en relación a los dos ejes principales en torno a los cuales se organizaron estos diálogos: las posibles formas de construir y consolidar políticas y prácticas en salud mental, en la perspectiva general que aquí se expresó, y la manera en que se deben promover espacios de formación en este campo.

Ambas dimensiones están naturalmente relacionadas. No es posible proyectar una política de salud mental sin un recurso humano capacitado y comprometido con esos procesos. Lo primero -la capacitación- puede proponerse desde diferentes instancias académicas e institucionales; la cuestión del compromiso depende de otros aspectos, en parte epocales, en parte personales.

Otros temas se desprendieron de esos dos ejes mencionados. Pueden incluirse aquí la crítica a algunos modelos diagnósticos actuales; y su relación con la masiva administración de medicación psiquiátrica; el aumento de grupos y gobiernos de derecha, caracterizados por políticas de ajuste brutales y discursos violentos, misóginos y xenófobos y su impacto social; la relación entre violencia cotidiana y sufrimiento psíquico, vinculado al aspecto anterior, y la necesidad general de replantear de manera permanente las formas de respuesta que desde la salud mental se organizan frente a estos fenómenos contemporáneos, desde una perspectiva epistemológica que incluya diversas disciplinas y los propios saberes y potencialidades de las comunidades y sujetos a las que se dirige, entre otros.

Todos estos temas se desarrollan de manera parcialmente diferenciada en cada entrevista, de acuerdo a las particularidades de cada contexto. En los países donde estas políticas de salud mental son hegemónicas o tienen una presencia institucional significativa, los desafíos tienen que ver en general con las formas de ampliar y/o sostener estos espacios, afectados en mayor o menor medida por las políticas neoliberales. Podemos incluir aquí a España, Italia, Brasil y Argentina, considerando las particularida-

des de cada país. En el caso de las personas entrevistadas de Colombia, Mozambique y Palestina, no existe esa condición de base (en Palestina, se agrega la propia falta de un Estado nacional y las condiciones de opresión que sufre el pueblo palestino), siendo más significativa también la relación entre violencia(s) y sufrimiento psíquico.

Para mayor claridad, es pertinente abordar de manera general todos estos aspectos mencionados, intentando vincular las distintas opiniones producidas.

En primer lugar, en lo que hace al masivo y creciente consumo de medicación psiquiátrica, se destaca en las entrevistas la amenaza que esto significa para la salud mental y la sociedad en general, siendo esas políticas legitimadas a partir de una ampliación de las categorías diagnósticas que permiten patologizar un sinnúmero de conductas cotidianas. Se señala también que este fenómeno corresponde con un clima de la época, ya que hay una demanda social configurada para la búsqueda de ese tipo de soluciones, pretendidas como rápidas y eficaces. Esto se corresponde con un imaginario neoliberal, que supone – exige que las personas deban estar siempre felices, siendo esta condición estrechamente emparentada con el éxito individual. No alcanzar ese objetivo sería exclusiva responsabilidad del sujeto; la medicación psiquiátrica opera aquí como una eventual manera de corregir esa falta, de suplir esa carencia.

De aquí se desprende otro tipo de problemas: aquí la escucha, el reconocimiento de una condición de sujeto atravesada por aspectos culturales, económicos, de clase social y étnicos, por ejemplo, no es necesaria, siendo inclusive un obstáculo para una atención pretendida como más rápida y eficiente. La propia psicopatología se reduce así a una enumeración de aspectos que, una vez cuantificados, determinan la presencia de un trastorno. Cabe recordar que estos modelos se pretenden ateóricos y apolíticos, lo que los reviste de un imaginario de objetividad, de un carácter científico.

Todo esto impacta en el propio tejido social, como también fue señalado con frecuencia en las entrevistas. De esta manera, esta exacerbación del individualismo debilita los lazos de solidaridad, la capacidad de comprender y acoger el dolor ajeno.

Esa situación social general y de las políticas de salud mental en particular presenta matices que tienen que ver con la historia y formas de funcionamiento de las instituciones y políticas de salud nacionales. En Brasil, por ejemplo, y de acuerdo con las personas entrevistadas de este país, la trayectoria histórica de luchas colectivas que reunió profesionales y usuarios¹ del sistema, permitió la legitimidad social de un sistema público de salud y de políticas de salud mental claramente opuestas a esos modelos medicalizantes, lo que otorga mejores condiciones para su enfrentamiento en los planos políticos e institucionales. Es pertinente, atendiendo a los propósitos de este texto, recorrer esa historia explicada aquí de manera pormenorizada, de manera de entender cómo se construyen esas hegemonías necesarias para cualquier cambio estructural.

Por otra parte, estos avances abren espacio para la visibilización de otros problemas que impactan en la atención. Siempre de acuerdo con la opinión de los entrevistados/as de Brasil, cuestiones que tienen que ver con el racismo y violencias de género, entre otros aspectos, suponen un doble desafío: analizar de que manera estas formas de opresión y violencia impactan en la salud mental y, por otra parte, proponer formas de atención que atiendan a estas singularidades, partiendo de reconocer los aspectos potencialmente reparadores de cada cultura y grupo.

La atención primaria es el escenario donde todas estas tensiones y disputas se visibilizan con mayor claridad, dado que allí conviven una exigencia de escucha y comprensión de las demandas entendidas desde una necesaria complejidad, con formas de atención que aún se restringen a un abordaje disciplinario limitado, que segmenta los problemas y dificulta un abordaje integral. Por este motivo también se produjeron opiniones coincidentes en las personas entrevistadas sobre la necesidad de democratizar a los equipos de salud y los saberes y prácticas que allí se encuentran (y desencuentran). Se destaca en este sentido la crítica a

1. En relación al uso de los términos usuarios o familiares de usuarios, la denominación general más apropiada sería actores sociales, siguiendo así la manera en que en Brasil se los suele mencionar. No obstante, a lo largo del libro se respetaron las varias maneras de referirse a estos grupos, siendo el sentido similar. Se agradece a Paulo Amarante por este oportuno señalamiento.

los especialismos, que dificultan este tipo de funcionamiento al segmentar la atención, lo que es mencionado aquí como un funcionamiento iatrogénico y ejemplificado de diversas formas y en diferentes escenarios institucionales.

Esa perspectiva trans o interdisciplinaria necesaria no puede limitarse al campo de la salud. Las ciencias sociales en general ofrecerían elementos de análisis pertinentes para entender la matriz del sufrimiento psíquico en sus múltiples determinaciones, en un análisis que se pretende parcial, incompleto, en la medida en que cada caso y contexto obliga a un análisis diferenciado. En este sentido, se menciona con frecuencia la necesidad de trabajar con proyectos terapéuticos singulares, lo que permitiría encontrar un equilibrio adecuado entre los determinantes estructurales y la manera en que cada persona los interioriza.

A partir de esta situación general descripta, en última instancia política, se torna pertinente el análisis del fenómeno contemporáneo de las nuevas derechas (o los antiguos fascismos reciclados con otros ropajes). Esto puede ser entendido en varios sentidos: por un lado, estas políticas, defensoras de un Estado mínimo y contrarias a cualquier acción estatal de carácter democrático e incluyente, atentan contra los sistemas de salud al reducir presupuesto y recursos humanos, lo que legitima formas de atención que prioricen la clasificación diagnóstica y la medicación, recurso privilegiado cuando el intervalo entre una consulta y otra se prolonga por meses. A título de ejemplo, en el momento de escribir estas líneas (setiembre del 2025), en el Hospital Príncipe de Asturias de Madrid, trabajadores/as de la salud mental y asociaciones de profesionales reclaman contra los recortes presupuestarios sufridos y una absurda política impulsada por la Alcaldía de Madrid, que pretende entre otras cosas limitar la frecuencia y forma de atención a usuarios/as del sistema, barnizando este recorte desde un discurso eficientista.

La situación de la salud mental en Colombia muestra características diferenciadas en relación a la de los otros países antes mencionados. Los cuatro colegas entrevistados de ese país resaltan necesariamente las dificultades de trabajar desde una perspectiva de salud mental como la que aquí se propone, en un sistema de salud dirigido al lucro, de una

fuerte impronta neoliberal y basado en financiar la oferta antes que la demanda. En estas entrevistas se abordan claramente estas barreras, que se trasladan también a la formación en ese campo, aún precaria y apoyada en la lógica del especialismo.

A pesar de estos límites estructurales, algunas experiencias innovadoras son aquí mencionadas, destacándose también la relativa fragilidad de las mismas, en tanto no inscriptas en una política pública que les dé continuidad y soporte. Las mismas se sostienen, en general, por el compromiso de las personas que las impulsan, pero no llegan a impactar en la manera general en que la atención en salud se organiza y propone. En este sentido, el psicólogo entrevistado de Argentina señala la necesidad de poner en falta funcionamientos colectivos burocratizados, aún generando molestias entre los/as integrantes de esos colectivos. Para que este tipo de intervenciones y discursos puedan ser escuchados, con una mínima expectativa de impacto, es necesario que el sistema permita esos cambios, que sean posibles dentro de sus propias lógicas de funcionamiento, cosa que el modelo de salud colombiano actual no admite.

También en todos los casos se relaciona oportunamente esta realidad con las propuestas actuales de reforma a la salud que el gobierno colombiano actual intenta llevar adelante, aún sin éxito, dada la resistencia de los sectores políticos más conservadores, en algunos casos involucrados con las propias empresas de salud que lucran con este modelo.

Cabe mencionar que buena parte de la población colombiana, a pesar de ser crítica del modelo de salud actual, se muestra reticente a apoyar estos cambios. Se puede aquí, de forma personal, especular acerca de los motivos de este rechazo. Cabe destacar, en este sentido, la agresiva campaña de los medios de comunicación y algunos grupos de interés empresariales y políticos, que apelaron al remanido argumento de equiparar lo público a la corrupción (ignorando curiosamente los márgenes de ganancia de las empresas privadas de salud y la relación de las mismas con buena parte de la clase política que gobernó al país en los últimos años). Problema éste que no fue subsanado con una pedagogía política más efectiva, quitándole así consenso a las propuestas de cambio de la política actual.

Cabe un ejemplo, en modo comparativo con la realidad brasileña: en un evento reciente realizado en Goiania, Brasil, un ex - usuario del sistema que abrió el encuentro, cerró su presentación gritando “Viva el Sistema único de Salud”, “viva la salud mental”. El numeroso público presente respondió con un estruendoso “¡viva!”. Este tipo de respuesta (inclusive la propia invitación del expositor) no sería posible en Colombia, al menos con esos resultados.

Una murga uruguaya, con el tono crítico y políticamente comprometido que las agrupaciones carnavalescas de ese país suelen tener, indicaba las dificultades del Frente amplio, coalición de izquierda uruguaya, para convencer a parte de la población acerca de algunas de sus propuestas, sintetizando esta crítica en el estribillo “sin camino no se puede caminar”. En este caso, este camino, el de construcción de una política de salud mental comunitaria como la que aquí se propone a partir de las varias opiniones que hacen parte de este libro, se elabora desde una pedagogía política cuidadosa y militante, no con meras consignas y propuestas técnicas de difícil comprensión. Se trata entonces de la manera en que se construye una hegemonía, apelando a la antigua consigna basaglio-gramsciana que propone, contra el pesimismo de la inteligencia, el optimismo de la voluntad.

Por otra parte, un proyecto de este tipo requiere de un rigor técnico y una definición clara de sujeto y de los criterios psicopatológicos de referencia, lo que pone en escena el tema de la formación de los recursos en salud y en salud mental. Las personas entrevistadas de Italia y España indican en sus capítulos algunos problemas relacionados a este aspecto. Se señala, por ejemplo, el error de no trasladar el debate acerca de la necesidad de cambiar los modelos manicomiales y las políticas de salud mental en general al ámbito académico. De esta forma, los avances obtenidos en las instituciones y políticas de salud no impactaron en general en las universidades y otros espacios de formación, que en buena medida mantuvieron las lógicas del especialismo y la priorización de la búsqueda de respuestas técnicas, eventualmente ateóricas, a los problemas complejos que se presentaban en la atención. En este sentido, Beneduce y Taliani muestran desde aquí los límites que encontró el movimiento antimanicomial italiano, a pesar de la potencia de los cambios impulsados por Basaglia y Rotelli, entre otros/as.

Por todo esto, los entrevistados/as coincidieron en la necesidad de llevar esta discusión al contexto académico, priorizando una perspectiva interdisciplinaria y una aproximación temprana a espacios de práctica que permitan relacionar esos contenidos con la realidad. Por supuesto, hay otros aspectos a considerar, como la composición de clase de buena parte de los/as estudiantes y profesores/as universitarios, lo que entre otros aspectos, señala también un límite posible de estos cambios anhelados.

Las entrevistas hechas al colega mozambicano y a la colega palestina merecen un párrafo aparte. Aquí hay aspectos distintivos que son apuntados, siendo los más evidentes la falta de políticas públicas y recursos de estado capaces de sostener una política de salud mínimamente razonable, en tanto amplia y abarcativa, y la violencia cotidiana, de fuerte impronta y herencia colonial. En el caso de Palestina, al no existir un estado nacional, los recursos materiales y humanos son muy precarios, sobre todo si comparados con la brutalidad de la represión que el estado israelí lleva adelante contra esa población.

Por esto, en estas entrevistas se expresa la enorme recursividad de que disponen Boia Efraime Jr. y Samah Jabr para poder dar cuenta de parte de las numerosas y complejas demandas que reciben en sus espacios de trabajo. Esta recursividad se alimenta no solo de una sólida formación, sino también de un compromiso político manifiesto, que lejos de ser un obstáculo ideológico, como la candidez positivista podría suponer, es la condición de base que permite trabajar en esos contextos opresivos de la manera en que en sus relatos lo muestran. También a este respecto, es pertinente señalar el lugar personal, identitario, desde el cual Boia y Samah se ubican: en el caso del primero, como hombre negro de origen bantú; la colega palestina, como mujer y musulmana.

Por último, en relación a una de las preguntas hechas a todos/as los entrevistados/as acerca de su definición de salud mental, no hubo aquí definiciones manualísticas. Una definición de este carácter, cerrada, absoluta, sugeriría también un propósito conclusivo, inclusive una posible universalización del concepto. Lo que en estas entrevistas se manifiesta indica que ese camino está siempre en construcción y que la salud mental, en término de políticas, discursos y prácticas debe estar en debate

permanente, necesariamente inacabado y sujeto a las particularidades de cada lugar, momento histórico y cultura.

En definitiva, esto es también una invitación al pensamiento crítico, creativo, militante y plural. Es la misma invitación que este libro propone, desde su polifonía, a sus lectores/as.

Otros títulos de la colección

“... A conocer el hielo”

/ Mujeres por el buen vivir. Relatos de liderazgos en el Norte del Cauca /

Isabel Giraldo Quijano, María Camila Franco Salazar, Dielina Isabel Palomino Castaño, Diana Sofía Falla, Fanny Andrea Guerrero Aponte, Claudia Dávila Santacruz (Compiladoras), y varias autoras

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/aceh.14.2023>

/ El Covid no es cuento (La literatura como escape y artificio) /

Lucila Lobato Osorio (Coord.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/aceh.13.2020>

/ EntreLazadas (Relatos de historias compartidas) /

Heydi Lorena Acevedo Pulecio y Nicolás Ulloa (Eds.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/aceh.12.2019>

/ Las profes. Ellas enseñan, ellas relatan /

Angélica Burbano Collazos, Wendi Yolani López Duque, Óscar Ortega García. (Eds.)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/aceh.11.2019>

/ El cambio social y los tribunales. Opciones en el conjunto de herramientas de los activistas para la promoción y defensa /

Mónica Roa y Barbara Klugman

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/aceh.10.2019>



Este libro se terminó de editar en
diciembre de 2025. En su preparación
se emplearon tipos Fira Sans en 10/14



El libro *Salud mental comunitaria: apuntes para la construcción de una hegemonía necesaria* surge de diversas necesidades, expectativas y encuentros. Reúne voces provenientes de diferentes formaciones, experiencias y países. En relación con esto último, el texto incluye autores/as de España, Italia, Colombia, Argentina, Brasil, Mozambique y Palestina. Las entrevistas fueron realizadas a partir de un esquema común de preguntas, que incluyó también aspectos singulares de cada experiencia y contexto, y fueron llevadas a cabo por estudiantes y graduados/as de la carrera de Psicología y de la Maestría en Intervención Psicosocial de la Universidad Icesi. De esta manera, y desde esta polifonía, no se pretende agotar la discusión ni ofrecer una especie de manual u hoja de ruta para estas construcciones consideradas aquí necesarias: las de una política pública en salud mental con las características mencionadas y, junto a esto, la creación y fortalecimiento de espacios de formación interdisciplinarios que le den sustento técnico y político a ese propósito.

OMAR ALEJANDRO BRAVO