



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

(Re)significaciones en torno a Salud Mental
desde un paradigma de la complejidad:

La potencia de lo colectivo en territorios aprensivos.

Autora: Martina Romeoú Barbosa.

CI: 5.451.573-4.

Tutora: Mag. Evangelina Curbelo Arroqui.

Revisora: Mag. Ana Carina Rodríguez Dos Santos.

Montevideo, Uruguay

Julio de 2024.

No es nada, no es nada, ¿es querer cambiar el mundo? ¡Eso es!
¿Y cómo se puede cambiar el mundo? ¿Haciendo la revolución? ¿Levantándose en armas?
¿O realizando un trabajo homeopático, cotidiano, lento pero persistente y consistente,
en el día a día, de cambiar las formas en las que actúan las personas entre ellas?
Y, principalmente, la forma en la que actúan las personas con aquellas que presentan
vulnerabilidades y fragilidades que no les permiten tener las mismas condiciones de ingreso y
participación social. (Amarante, 2016, p.4)

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción	5
3. Breve reconstrucción histórica: Concepciones sobre nuestras prácticas	7
3.1 Procesos de salud/enfermedad	10
3.2 Movimiento Antimanicomial y Actualidad: La constitución de un nuevo campo de referencia	12
4. Salud mental: La complejidad de un campo de tensiones	14
4.1 Salud Mental Comunitaria: un horizonte de identidad colectiva	17
4.2 Desafíos y potencialidades de los modelos comunitarios en salud mental: entre la individualización y la potencia colectiva	18
4.3 Políticas Públicas Sociales y Salud Mental: construcción de subjetividades y participación comunitaria	22
5. Experiencias en el campo de la Salud Mental Comunitaria	27
5.1 Intervenciones desde modelos comunitarios: claves y reflexiones desde la experiencia en un liceo nocturno al oeste de Montevideo	27
5.2 Intervenciones desde modelos comunitarios: aproximaciones reflexivas desde la experiencia en dos centros municipales de salud	32
5.3 Reflexiones a partir de las experiencias	36
6. Reflexiones finales	42
7. Referencias bibliográficas	45

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado busca explorar las significaciones en torno a las concepciones sobre Salud Mental desde una perspectiva de la complejidad.

El reduccionismo científico y la instalación del modelo capitalista, se presentan como factores que imposibilitan desplegar la multiplicidad y complejidad inherente al campo de la salud mental.

Ante ello, se plantean los modelos comunitarios como vías óptimas de intervenciones inclusivas y respetuosas en el ámbito de la salud mental. Así, toma fundamental importancia el lugar de las representaciones sociales y los elementos políticos, culturales e históricos en las concepciones y prácticas relacionadas al campo de la salud mental, por lo que se plantean como un asunto de sensibilidad social.

Mediante una articulación teórica y práctica, esta producción busca resaltar la importancia de los procesos colectivos como principal herramienta de cambio social para desafiar las estructuras de poder y construir una sociedad más justa. A estos efectos, se plantean dos experiencias de la autora realizadas en el marco de la formación profesional en psicología, como anclajes para reflexionar acerca de las potencialidades y desafíos que generan las intervenciones comunitarias en dos ámbitos en particular: sanitario y educativo.

Palabras clave: comunidad, campo, salud mental, colectivo, complejidad, potencia.

Introducción

La presente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar).

En este recorrido, se busca explorar las resignificaciones en torno a la salud mental, desde el paradigma de la complejidad y los modelos comunitarios. Para ello, se toman como anclaje dos experiencias de la autora realizadas en el marco de la formación profesional en psicología.

Los modelos comunitarios, se presentan como una fuerza instituyente ante perspectivas de individualización y fragmentación, que nos homogeneizan en nuestras singularidades, ejerciendo una influencia de poder en la conformación de la subjetividad y la agencia individual. Ante ello, estos modelos plantean una reinención de las prácticas y significaciones del campo de la salud mental, abarcando la complejidad inherente a dicho campo y planteando ampliar la mirada, dando lugar a la emergencia de nuevos modos de relacionamiento colectivos que enriquezcan la creación de modalidades existenciales.

Para ello, este trabajo se divide en tres momentos: primero, se realiza una breve reconstrucción histórica con el fin de problematizar las concepciones que conforman el campo de la salud mental, tanto así como las prácticas y representaciones sociales que se relacionan con el mismo.

En segundo lugar, se introducen los modelos comunitarios como vías óptimas de intervención ante paradigmas reduccionistas que no toman en cuenta los componentes de singularidad de los fenómenos sociales, coartando así, la participación social y la conformación de colectivos transformadores y habilitantes de discurso.

Por último, se toma como referencia la inserción de la autora en dos experiencias relacionadas al campo de la Salud Mental Comunitaria, por lo que se realiza un breve recorrido descriptivo, para luego reflexionar acerca de las potencialidades, herramientas, estrategias, desafíos e implicaciones personales que generaron estos procesos.

Dicho trabajo, no pretende ser una recopilación objetiva e imparcial de las concepciones e intervenciones que representan los abordajes de salud mental. Sino, un recorte, reconociendo un posicionamiento político, ético y social . De igual manera, este trabajo no busca llegar a una respuesta unívoca y cristalizada sobre las cuestiones planteadas, sino, poder abordar desde la reflexión crítica una aproximación a la temática.

Al referirse a comunidades, si bien se puede hablar de “otros/as”, este trabajo refiere a “nosotros/as”, una comunidad en la que me encuentro inserta. De esta manera, se reconoce un recorrido sesgado, parcial y congruente con las afectaciones, implicaciones, vivencias, y experiencias de la autora relativas al campo de la salud mental, y particularmente a la Salud Mental Comunitaria.

En este sentido, tanto la elección de la temática, de autores/as, y de artículos, fue realizada de forma estratégica para exponer y representar una línea de pensamientos que sigue los lineamientos de la Psicología Comunitaria, la cual es concebida como una psicología esencialmente política y centrada en la comunidad. Estos lineamientos incluyen el compromiso con el cambio y la justicia social, y las luchas colectivas como vías óptimas para el logro de cambios sociales.

En la misma vertiente, el concepto de conocimiento situado de Donna Haraway (1995) atraviesa transversalmente este trabajo, reconociendo la imposibilidad de plantear estas cuestiones, sin asumir una perspectiva y posicionamiento político, en tanto conocimiento parcial y situado. Explicitar las implicaciones políticas, implica una producción de conocimiento socialmente comprometido y responsable. Esta responsabilidad inherente de los conocimientos situados, implica la aplicación de una reflexividad fuerte (Harding ,1996), donde los sujetos de conocimiento son examinados en los mismos términos que los objetos de conocimiento. Lejos de presuponer una distancia aséptica, la reflexividad fuerte supone una participación comprometida, por la cual en este caso la autora, no se desvincula del proceso y los efectos que provoca.

Breve reconstrucción histórica: Concepciones sobre nuestras prácticas

Yo también sé ser careta, de cerca, nadie es normal. A veces sigue una línea recta, la vida que es "mi bien, mi mal".

(Caetano Veloso, 1986, 3:18)

Para comenzar, es necesario efectuar un breve recorrido histórico que permita dilucidar las formas en que se ha significado la "locura", el posterior concepto de "enfermedad mental" y la noción de salud mental, sobre la cual se profundizará en el siguiente apartado.

Para ello, resulta necesario reflexionar acerca de los procesos de salud/enfermedad, entendiendo a la salud y la enfermedad como un proceso continuo, con límites difusos (no como criterios tajantes y definidos). Esto implica un posicionamiento que entiende a lo normal y lo patológico como construcciones históricas, sociales y culturales, en las que también intervienen factores de poder, políticos y económicos.

Resulta imprescindible, pensar en el pasado de nuestras prácticas y concepciones para entender cómo determinan el presente, y sobre qué aspectos debemos reflexionar para transformar las mismas. Por tanto, nos cuestionamos, ¿qué es "enfermedad mental"? ¿Es lo opuesto a salud mental?

Michel Foucault (1986), en su obra "Historia de la locura en la época clásica", realiza un exhaustivo recorrido histórico-genealógico desde el final de la Edad Media hasta la Modernidad, en el que aborda los cambios en la concepción social de la "locura", que según el momento en el que hagamos foco, toma la forma de sinrazón, alienación o enfermedad mental.

Durante la Edad Media y el Renacimiento (V - XV - XVI), las personas consideradas "locas" no fueron en términos generales confinadas, y, salvo algunas excepciones, se les permitía deambular libremente. En algunos casos, la "locura", incluso era admirada o celebrada. Si bien se perfilaba un sentimiento social compartido que llevaba a su marginación, discriminación y exclusión, "el/la loco/a" poseía una individualidad y se constituía en un

auténtico “personaje”. La “locura” tenía una materialidad, un sello específico, pero que no se vinculaba a la peligrosidad. Hasta este momento histórico, tal y como menciona Foucault (2016):

La locura, esencialmente, se experimenta en estado libre, circula, forma parte del decorado y del lenguaje comunes y es, para todo el mundo, parte de la experiencia cotidiana que, más que dominar, se intenta exaltar. Hasta aproximadamente 1650, la cultura occidental fue extrañamente hospitalaria con esas formas de experiencia” (p. 61)

Posteriormente, en lo que Foucault llama la “Época Clásica”, hacia mediados del siglo XIX, ocurre un giro circunstancial que lleva a cambiar la formas de ver y comprender al mundo, así como la vida en sociedad. La Época Clásica, se caracterizó por el auge de la moral burguesa con sus ideas de orden y valorización del trabajo, y junto al avance de esta clase social, se asiste al imperio de la razón y así, a la exclusión de la locura.

Dicho momento sociohistórico, presentó numerosos cambios en lo que concierne a los mecanismos de control de la sociedad, el nuevo sistema económico discrimina a los individuos entre aquellos funcionales, productivos y prósperos para el sistema. El no cumplir con determinadas normas de orden social, significaba la exclusión (a través del encierro) para no “afectar” el orden público ni el funcionamiento establecido.

Según Foucault (1986), la “locura” pasa a ocupar el lugar material y también cultural, que en otro momento correspondía a los *leprosos*. Vagabundos, pobres y alienados vienen a ocupar este espacio físico (los lugares de reclusión), social (la función de exclusión) y simbólico (el objeto de miedo). Todos estos encierros y reclusiones, serán salvaguardadas dentro de los muros de los Hospitales Generales, o “casas de corrección”, en donde se encontraba una multitud heterogénea de individuos, cada uno/a diferenciado del otro/a.

Por consiguiente, los Hospitales Generales tenían la finalidad de agrupar y excluir a una masa social que se considera ociosa y peligrosa, encerrando así a las personas como una medida de control económico y social. No eran establecimientos médicos, ni se regían por esta lógica en su funcionamiento, sino que funcionaban como una entidad administrativa

semi-jurídica que tenía por objeto el orden en la ciudad, ya que —”el orden de los Estados no tolera ya el desorden de los corazones” (Foucault, 1986 p. 57).

En el auge de una sociedad racional y vinculada al empirismo, el rol predominante de la medicina en el tratamiento de la “locura” y en la sociedad en general, encuentra sus orígenes en la modernidad con la conquista de un estatuto científico, profesional y político (Mainetti, 2006). En palabras de Castel (1980), el poder médico rescata a las personas del desprestigio en que estaban sumidos. La naciente psiquiatría, los utilizó como lugares de ejercicio de poder, y por lo tanto de construcción de un nuevo “régimen de verdad”.

El cambio de paradigma de “locura” al de “enfermedad mental” se consolidó de manera concomitante a la hegemonía creciente de la medicina, al amparo de la atención prodigada en los establecimientos asilares. (De Lellis, 2018).

Pioneros de la neurología y la psiquiatría, quienes encarnaban la legitimidad científica, jugaron un rol destacado en este proceso, proveyendo una exhaustiva caracterización de síndromes enmarcados en sistemas clasificatorios que tuvieron un perdurable efecto en las modalidades de tratamiento. Además, con el desarrollo de la ciencias y los laboratorios farmacéuticos, la medicación comienza a posicionarse como herramienta central del tratamiento de las “enfermedades mentales”, centrando el dilema en aspectos biológicos y en la incapacidad de cumplir con el modelo de individuo productivo en sociedad. Hay entonces un desplazamiento de cómo era concebida la enfermedad en términos sociales y metafísicos, para ubicarla en el cuerpo material y concreto de un individuo determinado (Porzecanski, 2008). Este proceso ideológico, termina por alejar al sujeto “enfermo” de la comunidad, dejándolo bajo el control de la medicina, con los efectos de aislamiento que sus terapéuticas conllevan.

La “locura”, deja de ser objeto de temor o un tema de escepticismo, para convertirse en objeto de estudio de la ciencia, siendo esta la voz autorizada que la conoce y gobierna. De esta forma, se introduce un sesgo cognitivo en la ciencia al conceder total confianza en la capacidad de los/as científicos/as para ver y representar las cosas objetivamente: las ciencias

de las “enfermedades mentales”, solamente pueden ser ciencias de la observación y clasificación.

De igual manera, el tratamiento de las “enfermedades mentales”, en la modernidad y posmodernidad, fue y es liderado por la esfera médica psiquiátrica, la cual dentro de sus herramientas, recurre al diseño de manuales diagnósticos que relacionan signos y síntomas con patologías. De este modo, todo comportamiento disruptivo de las normas sociales establecidas, puede potencialmente ser objeto de intervención del saber médico psiquiátrico. Esta categorización psicopatológica ha dado continuidad a los modelos de exclusión y aislamiento vigentes hasta la actualidad.

Ahora bien, dicho esto y retomando a Foucault (1986), se reafirma la importancia de comprender cuál es la sensibilidad social de la época sobre la que se fundó la conciencia médica de la “locura”, ya que la medicina comienza a conceptualizar como enfermedad lo que hasta ese momento era percibido como malestar social. La “locura” es entonces un asunto de sensibilidad social y resulta un aspecto imprescindible mantener esto presente para reflexionar acerca de las concepciones de salud mental en la actualidad.

Procesos de salud/enfermedad

Por otro lado, resulta necesario realizar una revisión y reflexión acerca de los procesos de salud/enfermedad. Dicho proceso, es dinámico, interactivo, complejo y cambiante, constituyendo una expresión particular del proceso general de la vida social. De este modo, entender la “enfermedad mental” como aspecto individual de la persona, lo reduce a la simpleza e ignora la complejidad de cada ser humano, dejando a un lado la mirada integral del individuo en sociedad.

Por la misma línea, Bastide (1983, citado por Techera y colaboradores, 2013) propone concebir la salud mental desde una visión amplia, que permita incluir dimensiones históricas, culturales y sociales. Esta perspectiva sitúa al fenómeno de la “locura” de forma diferente al modelo tradicional, de corte biologicista y universalizante, lo cual no implica necesariamente negar el lugar de lo biológico o hereditario en la constitución caracterológica del sujeto, sino

problematizar las múltiples causas –biológicas, ambientales, culturales, vinculares, etc.– que pueden incidir en el desarrollo psicológico, así como también determinar qué tipos de caracterologías se producen, normalizan y repudian en distintas sociedades y culturas.

En este sentido, resulta pertinente tomar la perspectiva de Canguilhem (1982), Freidson (1978) y Menéndez (1984). Dichos autores, comparten una visión particular sobre la forma de conceptualizar la salud y la enfermedad: procuran ampliar su significado e incorporar la dimensión social y cultural. En este sentido, la enfermedad puede ser entendida como una desviación del eje de normalidad vinculado a la salud . Es más que los síntomas, sus causas y las terapias que se aplican: abarca un conjunto de símbolos que tienen que ver con lo cultural y, por ende, el análisis de estos procesos de salud/enfermedad no se puede realizar de forma independiente al contexto social, cultural e histórico.

Estos componentes, se encuentran presentes desde la conceptualización misma de qué es la salud y qué es la enfermedad, intervienen en el proceso de diagnóstico y tratamiento e implican cambios en la autopercepción del sujeto, así como en su interacción social.

En este sentido, determinadas características biológicas tienen consecuencias drásticamente diferentes según el entorno social y cómo se entienda oportuno atender la enfermedad (Freidson, 1978). Esto no significa que no haya procesos biológicos de deterioro del cuerpo que afecten a las personas, sino que se propone incorporar también los efectos de la socio-culturales, integrando diversas dimensiones más allá de lo estrictamente físico.

Desde esta perspectiva, la enfermedad en términos de conjuntos de signos biológicos puede ser la misma en dos sociedades diferentes, pero las interacciones entre el sujeto que la padece y su entorno pueden ser completamente distintas. Este, es el factor que finalmente determina el curso de las vidas de las personas (Freidson, 1978).

Dicho todo esto, se plantea necesario, pensar la enfermedad, cualquiera sea, desde una perspectiva más amplia a la estrictamente médica – biológica, completamente necesaria, pero no suficiente para un campo tan complejo.

Movimiento Antimanicomial y Actualidad: La constitución de un nuevo campo de referencia

En contraposición a los modelos de exclusión anteriormente mencionados, surge en Inglaterra, en la década de 1960, el llamado Movimiento Antipsiquiatría o Movimiento Antimanicomial. Dicho movimiento contra cultural, surgió en respuesta a las prácticas de discriminación y medicalización sufridas por las personas en el ámbito de la salud mental. Liderado por psiquiatras, pusieron en cuestionamiento las prácticas hegemónicas en relación a las cuestiones de salud mental, y comenzaron a desarrollar experiencias de comunidad terapéutica y de psicoterapia institucional en los hospitales en que trabajaban (De Lellis, 2018). Dicha concepción, rompe con los criterios universales en el entendido de que la salud mental no se funda únicamente en aspectos médicos, sino que su abordaje debe integrar aspectos políticos y sociales. Cambia entonces la concepción de “locura” y “enfermedad mental” como fenómenos individuales, comprendiendo a los mismos en el marco del entramado social que los construye y constituye. En el ámbito de la Antipsiquiatría no existiría, por lo tanto, la “enfermedad mental” como objeto natural, tal y como lo consideraba la psiquiatría, sino, como una determinada experiencia del sujeto en su relación con el ambiente social. (Amarante, 2016).

El movimiento de la Antipsiquiatría, junto a otras orientaciones novedosas tales como la Psicología Comunitaria y la Psiquiatría Social, propusieron medidas tendientes a restituir la importancia del ambiente social y la participación en redes de apoyo y sostén.

Si bien se mantienen las estructuras de encierro, estigma y exclusión (inclusive hasta la actualidad), se comienzan a implementar cambios que potencian el concepto de “salud mental” sobre “enfermedad mental”, instaurando nuevos espacios y maneras de pensar, vivir, comprender y abordar estos padecimientos, entendiendo el contexto social como parte de su desarrollo.

Finalmente, en la actualidad, la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es ampliamente aceptada. El enunciado resultó innovador para la época a nivel

general, produciendo un cambio significativo, ya que se propone una definición que aspiraba a trascender la dimensión puramente biológica, al describirla como un estado de bienestar en el cual las personas son conscientes de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y siendo capaces de hacer una contribución a su comunidad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

La presente definición, si bien resultó positiva, en tanto rescata el protagonismo de las personas para lograr el bienestar, cuya base se encuentra en la salud mental, y en tanto conjuga aspectos biológicos, sociales y ambientales, pone de manifiesto un remanente de un modelo de "normalidad" al que se deben "adaptar" los sujetos. No admitiendo con ello, "desequilibrios" ni "desórdenes" , sino un "estado de bienestar" y "equilibrio" paradójicamente en una realidad constantemente cambiante que no acepta estándares ni modelos fijos. (Stolkiner, 2003)

La OMS, es constructora de discursos, de lenguaje y de propuestas. Siguiendo los lineamientos de Stolkiner (2003), si se considera la salud como un "estado de bienestar", entonces se incluirían las políticas de salud, la provisión de agua potable, las políticas educativas, las condiciones de vivienda digna, seguridad social, trabajo, acceso a bienes culturales, entre muchas otras. Resalta la función del Estado y la sociedad en el cuidado colectivo de la salud. Las formas de abordaje deberían ser congruentes y consecuentes con esa conceptualización de la salud mental. Sin embargo, los dispositivos de atención y cuidado (y las políticas públicas sociales), continúan siendo construidos a partir de un modelo que no toma en cuenta la singularidad de las personas y los contextos.

Cada sujeto es singular , por lo tanto, los dispositivos de cuidado y de atención deberían propiciar el desarrollo de estrategias de intervención que respondan a esa singularidad. Esta tensión entre los que son definidos conceptualmente como factores determinantes de la salud mental y los dispositivos y prácticas, perpetúa el estigma y la discriminación, e impide en muchas ocasiones, garantizar el respeto a los Derechos Humanos.

Por otro lado, si nos remitimos al significado de la palabra bienestar, en el diccionario de la Real Academia Española, se define como: "Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien."

(Real Academia Española [RAE], 2014). Este término implica una experiencia personal, por tanto, el bienestar se compone de manera subjetiva, enfatizando su naturaleza vivencial en un sentido amplio, y subrayando la importancia de su vínculo con otras categorías de carácter social. (Stolkiner, 2003)

A pesar de las reiteradas y fundadas críticas de la que fue objeto esta definición, en tal momento, habilitó nuevas profesiones desde el ámbito social y finalmente, constituyó un nuevo campo de referencia: el de la Salud Mental.

Salud mental: La complejidad de un campo de tensiones

En relación a todo lo expuesto, y reconociendo la naturaleza procesual, dinámica, polisémica y la imprecisión del concepto de salud mental, se torna pertinente tomar en cuenta los aportes de Baremblytt (1998, citado por Techera y colaboradores, 2013). Este autor, refiere al concepto de salud mental, en relación a la noción de “campo” como: “lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí”. (Techera et. al. 2013 p.18).

Según Maceiras y Bachino (2008), la idea de “campo” sugiere, principalmente, que no estamos frente a un objeto discreto con cualidades que le son propias constituidas de esa forma, nos ubica en una concepción epistemológica de la complejidad. Esta posición amplía las posibilidades con relación a la intervención, habilitando pensar desde la idea de la paradoja y lo discontinuo.

Por la misma línea, Bourdieu (2005, citado por Sanchez, 2007) define el concepto de “campo” como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. En la construcción de un campo, intervienen distintos poderes o capitales diferenciados, que constituyen el principio ordenador de los campos: los capitales. En este sentido, es preciso señalar que la posición de un agente en un campo va a estar dada también por el volumen y

la estructura de las diferentes especies de capitales que posea. El autor reconoce básicamente tres especies de capital: el económico, el cultural, y el simbólico, los cuales se pondrán en “juego” en distintos campos. De esta manera, cabe preguntarnos: ¿qué capitales están en juego en un campo tan amplio y complejo como resulta la salud mental? ¿Cuáles son las posiciones privilegiadas, o hegemónicas en este campo que pretendemos analizar? ¿Cómo están dotados/as los/as agentes a los fines de poder competir en la atribución de significados a las prácticas efectuadas?

En lo que se llama campo de lo mental, como fue mencionado anteriormente, siempre existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, histórica. Siendo la salud mental un área o campo tan extenso, polisémico y complejo del conocimiento, no se basa en un solo tipo de conocimiento. De esta manera, resulta difícil delimitar sus fronteras, saber dónde empiezan y terminan sus límites, qué es salud mental, qué no es, qué saberes o disciplinas la componen. Al hablar de historia, de sujetos, de sociedad, de comunidades, de cultura, de ideologías, la red de saberes que se entrecruzan en la temática de salud mental son múltiples: la psicología, la psiquiatría, las neurociencias, la filosofía, la fisiología, la sociología, la historia, la geografía, la antropología, entre otros. (Amarante, 2016).

Por tanto, en lo que respecta al ámbito de la salud mental, existe una amplia diversidad de agentes involucrados. Por una parte, el partido político gobernante de cada periodo. Por otra, las corporaciones empresariales en torno a la producción de servicios prestadores de salud, las empresas farmacéuticas, el nivel de redituabilidad y ganancia que significa el ceder frente a una política de perfil social y de ampliación de derechos en una lógica de desmercantilización. Otros grupos de agentes que entran en juego en este campo de disputa y tensión, son los/as funcionarios/as del sector salud, los colectivos de profesionales del ámbito psi: psicólogos/as y psiquiatras, el grupo de interés representado por el movimiento de usuarios/as, familiares del sector salud mental, entre otros, resultando imposible agotar los actores que entran en juego en este campo. (Amarante, 2016).

De igual manera, abordar las problemáticas que presenta la salud mental, no recae únicamente en los/as profesionales psi, ni en los profesionales de salud, sino en una red que

confluyen diversos agentes. Cada uno/a con fuerzas de poder diferentes, con la generación de habitus y capitales dispares, establecen un juego en el que se disputa un lugar de incidencia y acción en los temas de salud mental, mediados por la instalación de un modelo de política socio-sanitaria en el que reconocerse como agentes protagonistas y con incidencia. (Silva Cabrera, 2014).

Dicho esto, es que se torna necesario pensar esta noción desde una perspectiva de la complejidad, simultaneidad y transversalidad de saberes.

Pensar en el campo de la salud mental en términos de “complejidad”, implica un posicionamiento conceptual y ético-político. Morin (2005) propone la idea de complejidad como una articulación de los fenómenos del mundo. El pensamiento complejo de este autor, consiste en un conjunto de principios de intelección y de estrategias metodológicas, que tienen como fin orientarnos en la evitación de descripciones, explicaciones y concepciones simplificadoras y reduccionistas de los distintos fenómenos, en particular de los fenómenos humanos socioculturales. Cualquier especie de categorización, está acompañada del riesgo de un reduccionismo de las posibilidades de la existencia humana y social.

Por la misma línea, y retomando la idea de pensar las intervenciones en el campo de la salud mental en relación a la paradoja y lo discontinuo, el concepto de “rizoma” planteado por Deleuze y Guattari (2004), es una imagen de pensamiento que nos permite concebir la multiplicidad inherente a dicho campo. El rizoma, se presenta como múltiple, no restituye la unidad, no hay jerarquía en las ramificaciones y cada tallo puede conectarse con cualquier otro, cada conexión puede ser determinante para el resto. Considerando que dentro del campo de la salud mental se visualizan dificultades para enmarcar y conceptualizar determinados fenómenos que ocurren, pensamos a la salud mental como dinámica, cambiante, y en permanente transformación. Teniendo en cuenta esta configuración rizomática, el campo de la salud mental, entonces, puede considerarse como una construcción teórica que no tiene una definición estática.

Salud Mental Comunitaria: un horizonte de identidad colectiva

En relación a lo expuesto anteriormente, y dado que el ser humano se construye en encuentro con otros/as, se entiende necesaria una reapropiación del campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria, que produzca intervenciones y prácticas subjetivantes.

La Salud Mental Comunitaria (en adelante SMC) surge como un campo plural de prácticas y procesos de investigación centrados fundamentalmente en el desarrollo de un modelo comunitario de abordaje de las problemáticas de salud mental, con principios que se basan en el derecho a la apropiación de las personas de su contexto territorial, la posibilidad de construir identidad, representatividad y participación. Además, considerando y retomando la complejidad del campo de la salud mental, la perspectiva de trabajo en SMC, necesariamente requiere situarse desde la complejidad que implican todos los atravesamientos que la componen. De esta manera es necesario integrar los diversos procesos de determinación que la van constituyendo, ya sean estos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales, biológicos, emocionales, entre otros (Díaz y Ramírez, 2017)

Como fue mencionado anteriormente, tomar en cuenta estos elementos y comprender la complejidad del campo, resulta fundamental para articular una perspectiva de salud que se traduzca en una propuesta colectiva y que proyecte un horizonte de derechos humanos. Dicho horizonte, se debe elaborar y plasmar en la vida cotidiana de las personas, garantizando el derecho a una participación activa en sus comunidades, al bienestar colectivo y a la vida digna, al trabajo y vivienda de calidad, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la convivencia, al ocio y el disfrute, entre otros. Esto implica pensar la SMC como un proceso permanente, basado en la articulación y composición de las condiciones que garanticen el ejercicio de estos derechos. (Díaz y Ramírez, 2017)

Esta perspectiva requiere fundamentalmente un abordaje integral, y sustentado desde la interdisciplinariedad, la interseccionalidad y el trabajo transdisciplinar (Morín, 1984). Es decir, articular los aportes de las diversas disciplinas en territorio, y hacerlas jugar con los

conocimientos sociales y culturales que son propios, singulares y específicos de cada lugar, como forma de romper y trascender los límites que nos presentan los saberes disciplinares y académicos, logrando formas novedosas, democráticas y artísticas de producir conocimiento. Por otro lado, tal como fue mencionado al comienzo, la construcción de ejes de los conceptos de salud/enfermedad, es un aspecto que fundamentalmente compone a la salud mental comunitaria. Hacer visible que la noción de enfermedad se compone de elementos políticos, sociales, culturales e históricos, que posicionan a las personas apartadas de las convenciones sociales en un lugar de exclusión, resulta clave para poder pensar perspectivas más inclusivas; por lo que la SMC resulta, también, un acto político de revertir la forma de entender los procesos de salud/enfermedad.

Desafíos y potencialidades de los modelos comunitarios en salud mental: entre la individualización y la potencia colectiva

Montero (2004) propone que el sentido primordial de lo comunitario es incluir el rol activo de todos/as los/as integrantes de la comunidad, entendiendo la misma como un término complejo y polisémico que implica lo común y compartido por quienes pertenecen. Desde esta mirada, toda la población debería tener voz y voto, lo que genera un sentido de unidad y pertenencia. Estas metodologías consideran a la persona (desde su singularidad) y a la comunidad (como interacción) como agentes protagonistas de las acciones y los proyectos.

De todas formas, cualquier estrategia de intervención comunitaria, inevitablemente nos lleva a plantearnos cuestiones relacionadas a la problemática del poder y de la participación, tanto de los actores sociales involucrados como del contexto histórico social.

Dicho esto, parece necesario cuestionarse: ¿Hasta dónde los límites de la participación no se ven obturados por el método capitalista? ¿Hasta donde se responsabiliza a los sujetos de forma individual? ¿Cuál es el nivel de incidencia real de esta participación? ¿Cuáles son las condiciones que hacen posible esta participación?.

El método capitalista, no es sólo una forma de organización de los modos de producción, sino también un modo de subjetivación que construye una concepción de sujetos y que promueve

un determinado vínculo social. Este vínculo es precisamente aquel que supone el no establecimiento de vínculos, sino la búsqueda individual del propio placer, y en realidad, por tanto, la desvinculación social (López y Enrique, 2009). El capitalismo, propone un tipo de experiencia marcada por el individualismo y la fragmentación que nos homogeneiza en nuestras singularidades, ejerciendo así, una sutil pero profunda influencia de poder en la conformación de la subjetividad y la agencia individual.

A este respecto, Butler (2001) argumenta que el poder no se limita a la coerción externa, sino que también opera a través de mecanismos psíquicos internos, moldeando nuestra comprensión de nosotros/as mismos/as y del mundo que nos rodea, limitando, así, la participación ciudadana efectiva. Según ella, esto sucede por varios motivos: por un lado, el capitalismo tiende a privilegiar las decisiones tomadas en el mercado por parte de las élites económicas, sobre la participación democrática de la ciudadanía, priorizando una lógica consumista que puede desincentivar la participación política activa, enfocando la atención en la adquisición de bienes y servicios. Por otro lado, las desigualdades de poder y riqueza inherentes al capitalismo, limitan la capacidad de los sectores más desfavorecidos de participar plenamente en la vida pública. Además, emplea diversos mecanismos de control social, como la publicidad y los medios de comunicación, para influir en la opinión pública y limitar la participación crítica.

De todas formas, si bien la autora no niega la importancia de la responsabilidad individual en la participación ciudadana, rechaza la idea de que la falta de participación se deba únicamente a la apatía o falta de voluntad individual, ya que la agencia individual está condicionada por factores estructurales. De esta manera, la incidencia real de la participación ciudadana queda sujeta a factores tales como el contexto político, la capacidad de respuesta del Estado, la naturaleza de la demanda o las estrategias utilizadas por parte de la población, entre otros (Butler, 2001).

Ante este panorama, la autora plantea hacer énfasis en la agencia colectiva, es decir, en la capacidad de las personas de actuar juntas para generar cambios sociales, siendo la solidaridad y la acción colectiva claves para desafiar las estructuras de poder y construir una

sociedad más justa. Además, reconoce que la sujeción al poder no es absoluta, y que existe una zona de vulnerabilidad donde la agencia individual puede emerger. Esta vulnerabilidad, argumenta, no es una debilidad, sino una condición necesaria para la transformación social. Al reconocer nuestra vulnerabilidad, podemos cuestionar las normas impuestas y abrir espacio para nuevas formas de ser y actuar. Por ello, la participación, no se trata simplemente de votar o participar en elecciones, sino que implica un proceso continuo de reflexión crítica sobre las normas y estructuras de poder que nos rodean, desafiando aquellas que nos oprimen y buscando formas alternativas de organización social.

Se trata de “arriesgar la propia existencia” (Butler, 2001, p. 40), de ir contra sí mismo/a y las condiciones de la situación que habilitan la existencia social del propio sujeto, para paradójicamente constituirse como un sujeto libre frente a ellas.

Por la misma línea, Najmanovich (2002, citado por Blanco, 2015), refiere a las redes de interacción y a la subjetividad, que en tanto producto y productora de nuestro habitar, en la cotidianeidad, puede volver invisible la preponderancia de su lazo social. En un mundo atomizado, donde las personas suelen pensarse como individuos aislados y no como integrantes de redes de interacciones, los lazos vitales del habitar aparecen debilitados, sin poder de acción, sin capacidad de afectar o posibilidad de generar vínculo, dejando a las personas en un lugar pasivo, donde ya no habitan, sino, simplemente ocupan el espacio. (Blanco, 2015). Por la misma línea, Teles (2021), plantea la gran dificultad que reside en el modo de pensar lo plural, lo colectivo. Según la autora, existe una separación entre el deseo de producir con otros, de generar instancias de vida colectiva y el modo en que cada uno se piensa a sí mismo, a los demás y a las relaciones que integra.

Ante ello, los modelos comunitarios exigen una reinención de las prácticas y ponen en el centro del debate de la intervención la política de lo común, el encuentro con lo común, el establecimiento de lo común, la potencia que da lo común. El encuentro con lo común contribuye a la conexión y la creación de redes múltiples con el propio territorio y con otros/as semejantes. Muchas personas, juntas, producen un régimen de afectación colectivo que los deviene comunitariamente y su fuerza es producida por ideas y pensamientos que construyen

“un nosotros/as”. Pensar el mundo, el nuestro, el de él/ella, el tuyo, es pensar los movimientos que lo afectan, las multiplicidades que incluyen la historia y demuelen las estructuras preconcebidas. El encuentro con lo común, aunque sea tenuemente, encuentra la multiplicidad de potencias deseantes cuando se establece un “nosotros/as” comunitario. (Del Cueto, 2014).

Sin embargo, los modelos comunitarios plantean un cambio de paradigma y de imaginario social que no resulta simple ni sustituye instantáneamente la estructura ya establecida.

Castoriadis (1997) vincula el término “imaginarios sociales” a lo socio-histórico, a los procesos de creación por medio de los cuales los sujetos se inventan sus propios mundos. Esta construcción socio histórica abarca el conjunto de instituciones, símbolos y normas, que comparte un determinado grupo social, y que pese a su carácter imaginado, opera en la realidad, ofreciendo oportunidades y también restricciones para el accionar de los/as sujetos. Según el autor, existen dos tipos de imaginarios sociales: por un lado, está el imaginario social efectivo o instituido, al que pertenecen los conjuntos de significaciones que consolidan lo establecido, por ejemplo las tradiciones y costumbres de una sociedad; por otro lado, el imaginario social radical o instituyente, el cual se manifiesta en el hecho histórico y en la constitución de sus universos de significación, como pueden ser las nuevas formas de ver y pensar la realidad, las modas, los cambios, entre otros.

A este respecto, Guattari (2013) refiere que los cambios, las mutaciones en una comunidad van a estar dados por sus líneas de fuga, que son moleculares. Estos movimientos moleculares no son significativos si no pasan por las grandes organizaciones molares y modifican sus segmentos. Todo lo que se conoce como la evolución de las costumbres, los grupos minoritarios o marginales que no intervienen en el poder, son líneas moleculares que resultan imperceptibles desde el punto de vista de la macropolítica, que constituyen un flujo molecular inigualable que produce o puede producir nuevos agenciamientos de enunciación y provocar cambios.

En este sentido, es fundamental el seguimiento de las líneas de fuga, porque las líneas de fuerza o de segmentariedad, nos remiten a lo instituido, en suma al pensamiento de lo uno. En cambio, las líneas de fuga nos habilitan para apreciar el despliegue de potencias creativas y transformadoras en el entramado de los vínculos, son ellas las que nos permiten escapar de las representaciones hegemónicas y nos aportan creatividad en un nuevo contexto, intensificando la construcción de lo común. A propósito de las líneas de fuga y en palabras de Pál Pelbart (2009): “no se trata de huir del mundo, sino de hacer huir el mundo, un cierto mundo, una cierta representación de mundo”. (p. 119)

Los modelos comunitarios en el campo de la salud mental, surgen como una fuerza instituyente, una línea de fuga, creando una fisura en el orden establecido que prevalece en nuestra sociedad. La fuerza de lo colectivo resulta primordial en este asunto, ya que como sujetos sociales, la subjetividad no es individual, es una producción colectiva que surge del entramado relacional y su contexto social e histórico, es un pliegue del afuera que conforma un adentro (Deleuze, 1989).

El empoderamiento a través de la acción colectiva, así como la participación ciudadana, no son actos individuales, sino procesos colectivos. Solo en colectividad es posible desafiar las estructuras de poder y crear un cambio social significativo. Para ello, se requiere reconocer nuestra propia vulnerabilidad como punto de partida para la transformación, permitiendo así conectar con las experiencias de otros/as y construir una comunidad más justa y equitativa. Por último, construir nuevos abordajes que resulten fuerzas instituyentes, implica, en palabras de Boggio (2014) “...denunciar y tratar de escapar de las formas hegemónicas de producción de subjetividad del mundo capitalista.” (p. 8)

Políticas Públicas Sociales y Salud Mental: construcción de subjetividades y participación comunitaria

En relación a lo expuesto anteriormente, se entiende que el campo de la salud mental representa una cuestión de esencial importancia social, por lo que las Políticas Públicas Sociales (en adelante PPS), toman un papel fundamental a la hora de garantizar el acceso a

la salud, educación, alimentación, higiene, actividades socioculturales, vivienda, transporte, trabajo, y otros componentes que conforman la complejidad del campo de la salud mental.

Por otro lado, las PPS, crean subjetividades mediante la producción de discursos, la organización de recursos y la atribución de lugares, construyendo identidades que contribuyen a la constitución del sujeto como tal. Este, es un factor fundamental a tener en cuenta si se pretenden debatir distintos modelos de conceptualizar, y por ende de abordar la salud mental. De los sujetos políticos que las PPS construyen, las decisiones políticas y las prácticas que de ellas se desprendan, derivarán importantes repercusiones sociales que tendrán un claro impacto en cómo las personas viven.

Las Políticas Públicas Sociales, corresponden al conjunto de iniciativas, decisiones, acciones u omisiones que adoptan el Estado y las organizaciones sociales de manera simultánea o secuencial en el tiempo, tratando de resolver situaciones socialmente problematizadas (De Lellis, 2022). Estas, construyen sujetos sociales mediante la acción de seleccionar la población a la que van dirigidas, las acciones que desarrollan, las formas de categorizar los problemas que se pretenden resolver, las metodologías, el modo de nombrarlas. (Rodríguez, et al, 2012). Además, tanto el diseño como la implementación de las PPS, responden a problemáticas socialmente construidas a partir de creencias no neutrales acerca de lo aceptable o inaceptable en un momento dado, ya que, como se mencionó anteriormente, debemos reconocer que partimos de un paradigma que impone un modo de ver, estar y pensar en el mundo a partir de supuestos actitudinales, cognitivos y valorativos conectados entre sí.

De esta manera, las PPS y los mecanismos que impulsa el Estado, nunca son herramientas neutras, y traen consigo aparejado una noción acerca de qué o cómo es el sujeto de la PPS, construyendo una subjetividad a partir de ellas. Más allá de la denominación que se le adjudique al sujeto, este siempre reúne características singulares, a veces claramente definidas, otras veces difusas, a menudo múltiples y en sentidos encontrados y contradictorios. Estas características, se podrán ajustar más o menos a la realidad referenciada y a la realidad del sujeto al que se intenta abordar o incluir a través de una

práctica, una iniciativa o una definición. En cualquier caso, siempre se parte de una idea de sujeto concebida a priori. (Saforcada, 2010)

De igual manera, el lugar asignado al sujeto en el universo simbólico del grupo de referencia, y la performatividad del lenguaje, resultan otros factores a tener en cuenta. Las prácticas discursivas que se emplean para conceptualizar a las personas, transmiten imágenes capaces de definir actitudes hacia aquellas personas a las que son dirigidas las PPS, así como distorsionar e interferir en la imagen que estos tienen de sí mismos. (Giorgi, 2006)

El lenguaje, conforma operaciones discursivas que asigna significados a través de una dinámica de adjudicación-asunción de diferentes lugares en el universo simbólico de la sociedad, a los/as destinatarios de las acciones y programas. En el caso de las PPS asistencialistas, como es el caso de la salud mental, se incluye la identificación de las personas con un lugar simbólico marcado por la inviabilidad de alternativas autónomas, atravesando así, la vida cotidiana de las personas y condicionando el resto de sus prácticas. Términos como: “excluido”, “desviado”, “de riesgo”, sostienen discursos y posicionamientos que crean y refuerzan identidades sociales con sus consiguientes subjetividades. (Giorgi, 2006)

Por otro lado, en cada una de las etapas de una política social - propuesta, diseño e implementación - se abre un campo de lucha material y simbólica que es particularmente interesante en el área de la salud mental, ya que aquellas personas que son consideradas “locas”, “enfermas mentales”, o “desviadas”, tienen su discurso hipotecado por el estigma que estas concepciones conllevan, y se ven obligadas a buscar otras estrategias para hacer llegar sus demandas, concediendo su poder a otros/as que tengan voz y mayor capacidad de incidencia. Estas políticas, al mismo tiempo que diferencian a quienes se alejan de lo “normal”, también se convierten en un espacio habilitante para que se generen sujetos singulares y colectivos que se movilicen por el reconocimiento de sus intereses, ejerciendo su función política como grupos de presión. Retomando las palabras de Giorgi (2006): “Cuando los sujetos adquieren una identidad social que les permite expresarse a través de sus

colectivos y adoptar posturas activas en pro de la defensa o restitución de sus derechos, se opera una inclusión en la dinámica social.” (p.4)

Por ello, resulta sumamente importante la organización de estos sectores de la población en colectivos, de forma que les permita convertirse en actores políticos con capacidad de incidir en la agenda pública y en las decisiones institucionales que afectarán su destino.

Las PPS poseen una gran potencialidad para mejorar las precarias condiciones de vida de las personas y las relaciones humanas de la sociedad en general, y en particular, de los/as destinatarios/as de estas. Esta potencialidad de cambio se relaciona con la posibilidad efectiva de que las personas (y especialmente los/as destinatarios/as) se sientan partícipes e involucrados/as en su vida cotidiana, en el proceso de implementación, acompañamiento y evaluación de estas políticas.

Por otro lado, a este respecto, ocurre que habitualmente tanto el diseño, como la gestión intermedia e implementación de las PPS, ocurre de carácter descendente o arriba-abajo, reservando un nivel muy restringido a la participación comunitaria. (De Lellis, M, 2022)

Tal como mencionan Rodríguez y colaboradoras (2012), por su necesaria perspectiva poblacional y la jerarquización de los elementos comunes a los sectores de la población a la cual van dirigidas, en ocasiones se suelen perder de vista los componentes de singularidad de los fenómenos sociales. No obstante, las políticas públicas comprenden un conjunto de decisiones y acciones que operan sistémicamente en muy distintos niveles de determinación, ya que al momento de su implementación los niveles centralizados se conectan invariablemente con los niveles más descentralizados de decisión. (Rodríguez, et al, 2012)

Ante esta cuestión, Milanese (2016), propone una territorialización de las políticas públicas sociales. Este concepto, enfatiza la importancia de adaptar las políticas e intervenciones sociales a las necesidades y características específicas de las comunidades a las que sirven, abogando por un enfoque descentralizado, que empodera a las comunidades locales para que desempeñen un papel central en la identificación de sus propios problemas, el desarrollo de soluciones y la implementación de estrategias para abordarlos. Dicho enfoque resulta interesante, ya que propone que las PPS que se puedan adaptar a las necesidades de cada

contexto, en donde juega un papel fundamental la co-construcción del problema en cada situación en particular.

Respecto a esto, resulta clave la atención a la singularidad de cada contexto, lo cual supone dar lugar a los componentes cualitativos de los fenómenos sociales y por tanto, comprender en mayor medida la producción y dinámica de los mismos, insumos fundamentales para diseñar políticas pertinentes. Dicha atención a la singularidad, no debiera confundirse con la ilusión de una política para cada persona según sus diversas necesidades, sino, refiere a hacer poder dialogar el nivel de implementación de la política con el diseño de la misma. (Rodríguez, et al, 2012).

Para ello, según De Lellis (2022), una de las variables que resulta fundamental considerar, es el “empoderamiento comunitario”. Dicho “empoderamiento” o potenciación por parte de la comunidad, permitiría a la población identificar sus recursos, reconocer y emplear el poder de que dispone o desarrollar nuevas capacidades y medios que permitan robustecer los procesos autogestivos en su interior, lo cual implica no un trabajo hacia ni para, sino *con y por* la comunidad.

Dicho todo esto, la implementación de PPS, requiere cada vez más el reconocimiento de escenarios multiactorales en los cuales resulta fundamental no solo la promoción de procesos participativos, sino también el sostenimiento de procesos de negociación que permitan acuerdos sustentables relativos a la toma de decisiones. En este sentido, la Psicología Social Comunitaria y el paradigma de Salud Mental Comunitaria proponen elementos sustantivos para pensar las PPS, introduciendo la complejidad que configuran los territorios culturales más diversos. Además, aportan componentes para pensar sobre el asistencialismo en las PPS, la incorporación de redes sociales y comunitarias, el papel de la participación ciudadana en las mismas y del Estado en la construcción de ciudadanía, factores que resultan muy necesarios para generar procesos creativos y acciones transformadoras.

Experiencias en el campo de la Salud Mental Comunitaria

El siguiente capítulo tiene como objetivo articular la experiencia de la autora en el campo de la Salud Mental Comunitaria, particularmente en los ámbitos educativo y sanitario. Ambas inserciones fueron de carácter académico, y en cada caso se implementaron diferentes herramientas, abordajes e intervenciones sobre las cuales se realizará una breve descripción a continuación, con el fin de problematizar, reflexionar, y visualizar la implementación de modelos comunitarios en dos ámbitos fundamentales para la vida de las personas.

Intervenciones desde modelos comunitarios: claves y reflexiones desde la experiencia en un liceo nocturno al oeste de Montevideo

Este apartado, pretende una aproximación a lo que fue la experiencia personal de la autora, en el marco de la Práctica Integral pre-profesional de la Licenciatura en Psicología en el año 2022, titulada “Intervención en Liceo Nocturno”. Tal recorrido, de carácter anual, tomó lugar en el Liceo N°11 “Bruno Mauricio de Zabala” ubicado en el Cerro de Montevideo, y trabajamos con estudiantes y docentes del turno nocturno.

Tal como menciona Langón (2000), los centros educativos son comunidades de aprendizaje, y el acompañamiento psicosocial educativo aporta a la posibilidad de construir identidad, derecho de representatividad, participación, grupalidad, y pertenencia. La educación es un derecho que debe ser garantizado y que compone y moldea la vida de las personas, por lo que los centros educativos, ejercen un poder liberador, favoreciendo un efecto inclusivo dentro de la sociedad y siendo lugares privilegiados de gran alcance para promover la salud mental.

En este trayecto, cada una de las actividades e intervenciones que se realizaron a lo largo del año, posibilitaron encuentros participativos con los/as estudiantes, docentes y otros/as actores del centro educativo, en las que se apostó a desarrollar las fortalezas y capacidades de sus integrantes con el fin de realizar transformaciones colectivas respecto a determinadas problemáticas visibilizadas por ellos/as y nosotros/as en base a nuestro trayecto.

De esta manera, algunos de los objetivos planteados fueron: promover los vínculos sanos entre los actores del centro, mejorar la convivencia y el vínculo con el conocimiento, favorecer la autonomía, el ejercicio de la libertad, la formación de redes comunitarias, entre otros, por lo que la multiplicidad de roles y tareas que fuimos asumiendo surge a partir de las necesidades del centro.

En este contexto, una de las principales problemáticas visibilizadas a lo largo del año, fue la desafiliación estudiantil, por lo que surge la inquietud de atender esta problemática y en consiguiente pensar estrategias que fortalezcan la permanencia.

La desafiliación educativa es una problemática que no solamente impacta individualmente, sino que repercute en la sociedad en su conjunto. Con respecto a las consecuencias que genera, Fernández y colaboradores/as (2010) destacan que aquellas personas que no logran completar los ciclos de educación formal obligatoria tienden a tener menor participación socioeconómica y cultural, y, además, duplican sus probabilidades de quedar excluidos del mercado de trabajo. Esto puede generar situaciones de vulnerabilidad social, ya que las personas pierden la protección social que conlleva ser parte de un centro educativo y limita las oportunidades de desarrollo personal laboral, quedando en estado de vulneración o siendo excluidos/as de los circuitos institucionales. Por ello, la importancia de garantizar el derecho a la educación como pieza fundamental para atacar las desigualdades sociales, problemática intrínsecamente conectada a la salud mental de las personas.

Atendiendo a esto, se elabora un Proyecto Estudiantil de Extensión Universitaria titulado “Construyendo permanencia: Estrategias para fortalecer las trayectorias educativas en un liceo nocturno del oeste de Montevideo.” Dicho proyecto, fue aprobado por la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio, y se llevó a cabo su ejecución en el año 2023, lo que me permitió, un seguimiento del proceso transitado el año anterior, y por ende un acercamiento más profundo tanto al centro educativo como a los/as actores institucionales y barriales.

El objetivo general de dicho proyecto se basó en generar espacios que favorezcan las trayectorias educativas y la permanencia de estudiantes, promoviendo la permanencia de

los/as estudiantes mediante el fortalecimiento de los vínculos entre pares y en consiguiente con la institución. Además, nos propusimos participar en las diferentes redes comunitarias de la zona para conocer las problemáticas sociales que pudieran afectar la permanencia de los/as estudiantes en la institución y promover espacios de participación e involucramiento de los/as estudiantes en el centro educativo, haciendo énfasis en el reconocimiento de sus identidades y la diversidad de trayectorias educativas.

La universidad debe mantener un vínculo comprometido hacia los procesos socioculturales y educativos, y la gran heterogeneidad de actividades que se realizan como extensión, sirven para abordar esta problemática desde una perspectiva interdisciplinaria e integral. A este respecto, Rodríguez (2012) refiere que “la influencia de las prácticas extensionistas en el desarrollo de la Psicología Comunitaria ha implicado poner el énfasis en el compromiso académico con los sectores más vulnerables y vulnerados de la sociedad, en consonancia con uno de los principales propósitos de la Universidad de la República, a saber, la formación de ciudadanos dispuestos a poner su saber al servicio del bienestar común.” (p. 128)

Dicho proyecto, se sustentó en los fundamentos teóricos de la psicología comunitaria, tomando en consideración tres dimensiones principales: vincular, identitaria y comunitaria; teniendo en cuenta su carácter de complementariedad e interdependencia.

Cada una de estas dimensiones, alentaba a la participación activa y reconocimiento de los/as estudiantes como eje central, buscando trascender exclusivamente el ámbito académico. Dicho reconocimiento resulta clave para potenciar los proyectos de vida de las personas, compartir experiencias y dar un sentido al tránsito en la institución educativa, que los enlace con la vida de diferentes maneras.

Particularmente, respecto a la dimensión comunitaria, cabe destacar que el liceo N°11 es un centro de referencia a nivel barrial con un fuerte anclaje comunitario, por lo que una de las actividades que se realizaron desde el equipo fue la participación continua en las diferentes redes comunitarias de la zona. Este aspecto posibilitó un gran acercamiento a la comunidad y no sólo enriqueció la comprensión de las problemáticas aportando distintas experiencias y vivencias, sino que brindó espacios de desahogo y de construcción colectiva que resultaron

muy valiosos y necesarios. En relación a ello, se realizaron intervenciones articuladas con diversos actores institucionales y territoriales, tales como la Mesa Educativa del Cerro, Grupo Operativo de Salud Mental, Mesa Local de Salud Mental, entre otras, todas llevadas a cabo en APEX Cerro (Programa de Aprendizaje y Extensión de la Universidad de la República).

Por otro lado, la propuesta de trabajo en el liceo y evaluación fue llevada a cabo desde metodologías participativas que permitieron la valoración y construcción en conjunto de prácticas y sentidos, buscando generar espacios e instancias destinadas a contribuir al fortalecimiento de los vínculos, tanto en la interna de la institución como con la comunidad y en consiguiente, reforzar la permanencia educativa.

Dichas metodologías participativas se creaban a partir de intercambios con estudiantes ya sea en las clases, en espacios comunes, o en instancias especiales tales como “La mesa del 11”, las cuales significaban un encuentro semanal entre estudiantes para crear, discutir, reflexionar, debatir e intercambiar sobre determinadas problemáticas que estuvieran surgiendo a nivel institucional, o actividades que se quisieran llevar a cabo. Por otro lado, incluir a los/as docentes en la planificación y ejecución de las actividades que se llevaron a cabo resultó una clave fundamental, ya que en muchas ocasiones la verticalidad docente-estudiante obstruye las posibilidades de participación de los/as estudiantes.

En cuanto a las actividades concretas que se llevaron a cabo en el centro educativo, se realizaron tres jornadas de integración, ciclos de talleres y espacios de acompañamiento a los/as estudiantes.

En primer lugar, las jornadas de integración, apuntaron específicamente al objetivo de reforzar los vínculos entre pares y con el centro educativo, construyendo espacios recreativos donde los/as estudiantes pudieran generar o fortalecer lazos de forma lúdica y distendida.

Por otro lado, los talleres resultaron espacios propicios para el aprendizaje grupal y participativo, integrando teoría y práctica, y recuperando el saber construido colectivamente en lo cotidiano (Etchebehere, 2007). Cada uno de ellos, se realizó a partir de diversas problemáticas e inquietudes que surgieron por parte de los/as estudiantes a través del intercambio colectivo, por lo que tanto su planificación como evaluación, fue un proceso de

co-construcción en donde se habilitó la problematización de diferentes esferas de la vida de los/as estudiantes, colaborando así a la reflexión sobre sus propias identidades, abriendo perspectivas de cambio y promoviendo la acción.

El hecho de poder generar espacios en donde los/as estudiantes puedan conectar con el centro educativo desde otro lugar, y visualizarlo como un espacio de refugio, de escucha, y protección, contribuye a la autonomía, la participación y la transformación colectiva. Por la misma línea, Giorgi (2004) establece que es de suma relevancia pensar la idea de promoción de autonomía y participación en las instituciones educativas, y más precisamente en las de carácter nocturno, ya que establece que éstas muchas veces tienen un rasgo de carácter paternalista y coartan la participación y la toma de decisiones genuina.

En tercer lugar, en cuanto a los acompañamientos a los/as estudiantes (que podían realizarse en formato grupal como individual), se realizaron con aquellas personas que compartían la necesidad de tener un espacio de desahogo y escucha. Muchas de estas instancias surgieron en espacios comunes, tales como pasillos, la puerta del liceo, la cantina, o bien donde las personas se sintieran cómodos/as de compartir. Por la misma línea, Rodríguez Nebot (2004), refiere a una clínica móvil, más amplia en el manejo teórico técnico y metodológico, la cual permite construir problematizaciones singulares posibilitando un acercamiento al sufrimiento de quien demanda nuestra intervención. En este sentido, el trabajo de escucha o acompañamientos en el liceo, siempre es configurada en el proceso de trabajo, y es un abordaje no solo más profundo, sino también más amplio. De esta manera, toma vital importancia poder dejar de lado los estereotipos de la clínica sedentaria que refiere el autor, la cual tiende a determinar lugares prefigurados y pre armados tanto para el/la psicólogo/a como para el/la consultante, tales como la idea preestablecida de intervenir en un determinado espacio y modalidad de intervención.

Por último, se entiende que dicho proyecto también favoreció e incentivó la reflexión en torno a los factores/dimensiones que favorecen la permanencia, las consecuencias que tiene la desvinculación estudiantil en clave de derechos, y las trayectorias educativas de los/as estudiantes, desde un abordaje comunitario, interdisciplinario y una perspectiva integral.

Intervenciones desde modelos comunitarios: aproximaciones reflexivas desde la experiencia en dos centros municipales de salud

El siguiente apartado pretende una aproximación a la trayectoria formativa impulsada a partir del programa de Practicantado Intendencia de Montevideo- Facultad de Psicología, la cual comenzó en abril del año 2023. Con ello, se inauguró la primera generación de estudiantes de Psicología que transitan por Policlínicas de la Intendencia de Montevideo realizando prácticas desde la perspectiva de Salud Mental Comunitaria. Reforzando el acceso a la cultura y la participación social, dicho convenio se basó en la inserción de estudiantes avanzados/as de psicología en diferentes lugares desde una perspectiva de salud integral, interseccional, interdisciplinaria e intersectorial.

En el marco de dicha experiencia, personalmente me incorporé en dos policlínicas municipales, en las cuales, junto a una compañera, llevamos a cabo un proceso anual de trabajo. El perfil requerido en nuestro caso, era socio-comunitario con énfasis en salud mental adolescente, por lo que durante nuestro recorrido, trabajamos con adolescentes usuarios/as de los centros de salud en los que nos encontramos insertas.

Las Policlínicas de la Intendencia de Montevideo, forman parte de una estrategia integral de atención a la salud con un marco interpretativo abocado a la Atención Primaria en Salud. Esta red de prestadores busca fortalecer el derecho al acceso a la salud de la población montevideana en el marco del Primer Nivel de Atención. El acceso libre y gratuito forma parte de los lineamientos del Sistema Nacional Integrado en Salud (Ministerio de Salud Pública (Uruguay), 2007), (en adelante SNIS). Su enfoque territorial y comunitario busca acercar y promover la participación con un enfoque de derechos humanos, en pos del fortalecimiento de una ciudadanía activa, equitativa e inclusiva socialmente.

Por otra parte, el Programa Nacional de Salud Adolescente (Ministerio de Salud Pública (Uruguay), 2020), pone el énfasis en la participación activa de los adolescentes en su atención sanitaria como guía del proceso. Ello implicaría la adecuación de los sistemas de atención a una orientación bio-psico-social, a partir de la identificación de necesidades y

problemas específicos y su abordaje interdisciplinario e intersectorial. En este sentido, se propone un modelo de atención que posiciona a los/as adolescentes como protagonistas de su proceso de salud, privilegiando la promoción de estilos de vida saludable. A él se accede, no solo en los servicios tradicionales de salud, sino también en ámbitos donde las y los jóvenes habitan, estudian y trabajan para la promoción de estas estrategias.

Algunos de los objetivos de nuestra inserción a los centros de salud, fueron los siguientes: contribuir a la salud integral de los y las adolescentes entre 13 y 18 años de edad, de sectores vulnerados, brindando atención en salud mental desde una perspectiva comunitaria, a través de los espacios adolescentes incipientes o preexistentes del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo. Se planteó también, promover el acceso de los/as usuarios/as a diversos contextos y oportunidades, así como el uso de los espacios públicos, articulando con actores del entramado comunitario barrial y departamental como parte de la estrategia terapéutica (trabajo sobre identidad, participación, ciudadanía, autonomía, acceso a la cultura, prácticas y eventos deportivos, entre otros).

Partiendo de este encuadre, nuestro rol y tareas en los centros de salud fue una construcción artesanal constante y cambiante. Considerando la singularidad de las personas que asistían a los centros de salud y las particularidades del territorio, las herramientas que fuimos desplegando fueron sumamente dinámicas y variables.

Durante el año, se llevaron a cabo diversas estrategias para comenzar a generar espacios dentro de las policlínicas en donde los/as adolescentes pudieran contar con alternativas grupales, lúdicas, recreativas o artísticas, con énfasis en salud mental. Si bien en los centros de salud los/as usuarios/as asisten a consultas individuales con psicólogos/as en consultorio, esta oportunidad fue tomada para ampliar el campo de la intervención de la clínica tradicional y plantear formas novedosas de acompañarlos/as y habilitar la escucha.

En primer lugar, con el fin de generar mayor cercanía con los/as adolescentes, se realizaron actividades lúdicas, generando espacios de encuentro que propicien habitar el centro de salud de manera diferente a las habituales, con el objetivo de favorecer la integración entre ellos/ellas y con los/as referentes del centro. Priorizando la sala de espera como punto de

encuentro, se intervino el espacio con nuevas creaciones, juegos, cartelera informativa y participativa diseñada de manera exclusiva para los/as adolescentes, promoviendo además el espacio de consultas con el equipo, así como actividades de articulación y difusión en diferentes redes comunitarias de la zona con el objetivo de ampliar la participación.

Por otro lado, una de las principales herramientas que se realizaron al comenzar a familiarizarnos con los centros de salud, fue un mapeo de recursos de cada zona donde trabajamos. Este aspecto resultó clave para poder transmitirle a los/as adolescentes usuarios/as información y difusión sobre organizaciones o instituciones que trabajan en pos de la salud mental adolescente, ya sea mediante actividades, recursos económicos, talleres, jornadas de cine, u otros eventos socioculturales.

De igual manera, la participación en las redes comunitarias zonales, la cual fue sostenida durante el año de forma constante, resultó ser una pieza clave en el trayecto. Estas instancias son espacios privilegiados de encuentro entre instituciones y organizaciones públicas y privadas, tales como centros de atención a la primera infancia, centros juveniles, clubes de niños/as, equipos territoriales de atención familiar, proyectos calle, proyectos educativos, entre otros, que abordan la temática infancia y adolescencia desde diferentes planos y perspectivas. Estos espacios de análisis y discusión acerca de diversos temas relacionados a la infancia y a la adolescencia, contribuyen a la revisión de PPS y la generación de propuestas, generando estrategias para la obtención de recursos y diseñando actividades de impacto en la comunidad. Esta articulación potencia las capacidades de respuesta, trascendiendo la acción individual de cada una de las instituciones, redimensionando y fortaleciendo los recursos existentes en el territorio.

En tercer lugar, se realizaron diversas intervenciones puertas afuera de los centros de salud, llevando a cabo actividades en liceos, escuelas y redes zonales. En los centros educativos, se realizaron ciclos de talleres sobre salud mental en los que, junto a los equipos de cada centro, se aportaron ideas para la planificación y ejecución, centrándonos en realizar instancias circulares, lúdicas, recreativas, y habilitar el espacio para reflexionar y pensar juntos/as sobre diversos temas que fuesen de interés de los/as adolescentes.

En esta línea, una de las grandes actividades realizadas, fue la planificación y ejecución de una jornada para adolescentes en una plaza de deportes del barrio. Cada una de las actividades que se realizaron en dicha jornada (la cual incluía deportes y talleres sobre diversas temáticas) fueron pensadas y sugeridas por los/as adolescentes con quienes compartimos los talleres. Frente a ello, se destaca la importancia del involucramiento de los y las adolescentes en la vida comunitaria, en los espacios públicos y en la integración grupal. Por la misma línea, Di Masso y colaboradores (2017) plantean que los espacios públicos son un derecho y esto, en el plano social, implica ser habitante legítimo de la esfera pública, reconocido y aceptado en la comunidad.

De todas maneras, como se mencionó anteriormente en relación a las PPS, el diseño de los planes y programas difiere de su implementación. Generalmente, y en nuestro país en particular, habitualmente la atención en salud mental realizada en los centros de salud, ha sostenido como referencia histórica al paradigma médico-hegemónico y asistencialista, el cual, de acuerdo a diversos autores, prevalece incluso hoy. (Castrillo, 2017)

Dicho modelo, presenta una serie de rasgos estructurales entre los que se destacan: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico, entre otros (Menéndez, 1984). Si bien en el plano legislativo han habido avances significativos en nuestro país desde la perspectiva de Derechos Humanos, persiste un imaginario social impregnado por una concepción biologicista de la Salud Mental, con un enfoque mayoritariamente asistencialista y reduccionista (Castrillo, 2017).

Estos aspectos también son identificados en los dispositivos de abordajes en los que se realizó mi inserción. A pesar que desde la Intendencia de Montevideo se plantean ciertos lineamientos que resultan fundamentales para promover abordajes comunitarios y territoriales, en base a la experiencia transitada, se identifica que ciertos aspectos estructurales del modelo médico hegemónico prevalecen. Por ejemplo, las líneas de

sedimentación basadas en un modelo organizacional tradicional, inspirado en la lógica hospitalaria: el uso de uniformes diferenciados por tareas, una estructura de poder piramidal, interminables turnos de espera para los/as usuarios/as, omisión o distorsión de información clave para la toma de decisiones que afectan el tratamiento de problemas personales, entre otros. En este sentido, según Techera y colaboradores (2013), si bien el Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud Pública (Uruguay), 1986), contempla y proyecta perspectivas innovadoras que implicarían un progreso significativo, la aplicación de las mismas en el SNIS se han visto truncadas por la falta de apoyo económico, de organización y de formación de recursos humanos.

De todas formas, se entiende que la incorporación de practicantes de Psicología desde una perspectiva sociocomunitaria a centros de salud municipales y la presencia de esta perspectiva en la currícula, resultó un elemento clave para la producción de nuevos dispositivos integrales que se sustenten en las necesidades de la comunidad, por lo que se presentó como una oportunidad propicia para el fortalecimiento del entramado comunitario. Además, se entiende que dicho trayecto de corte socio comunitario en los centros de salud, logró crear espacios de subjetivación, permitiendo resignificar herramientas tales como la construcción de lo común, el análisis de la implicación, la transdisciplinariedad y el despliegue de potencias creativas.

Reflexiones a partir de las experiencias

Ahora bien, en base a lo transitado, dichas experiencias despertaron aprendizajes y reflexiones.

Principalmente, estos recorridos por un centro educativo y por centros de salud, que se presentan en principio como dos campos diferenciados y distantes, representan múltiples similitudes, ramas y una imposibilidad a la hora de definir cada experiencia dentro de un área o campo delimitado. Ambas resultan una fusión entre lo social, comunitario, educacional, territorial, sanitario, resultando imposible limitar los alcances y situarlas en un área en particular, tal como sucede con la complejidad del campo de la salud mental.

El trabajo en cualquier institución/centro/organización/organismo en donde se aborde una perspectiva comunitaria, no acota el campo de intervención, sino que lo multiplica y lo transforma constantemente. Por ello, es que se requieren cada vez más enfoques integrales, contextualizados y transdisciplinarios, en donde las intervenciones colectivas tomen papeles centrales, donde se reconozca la naturaleza compleja de las mismas, y donde se tome en cuenta la singularidad de las personas y de los contextos en donde trabajamos y construimos. En primer lugar, ambas experiencias contribuyeron a la expansión personal de horizontes en cuanto a las intervenciones de escucha a las personas. Respecto a esta “clínica móvil” mencionada anteriormente, muchos de los encuentros de acompañamiento que surgieron tanto con estudiantes del liceo, como con adolescentes usuarios/as de las policlínicas, fueron en espacios no pensados con esta potencia ni encuadrados de esa manera, por lo que intervenir en estas circunstancias resultó en ese momento, para mí, una nueva forma de implicarme con la psicología en tanto disciplina. Sobre todo, porque la práctica más comúnmente asociada a psicólogos y psicólogas en nuestro país se relaciona con el encuentro individual psicólogo/a-persona, con un encuadre o lugar preestablecido, y en lo personal me era totalmente desconocida la potencia de otro tipo de intervenciones. En aquel momento, todavía dudaba acerca del hecho de que planificar jornadas vinculadas o deportivas, crear juegos con botellas reciclables, jugar a las cartas o conversar con personas en el cordón de una puerta en la calle, es también una forma de abordar aspectos vinculados a la salud mental, y una manera de hacer psicología.

Este recorrido, me permitió visualizar que la intervención de la clínica psicológica se puede realizar en cualquier parte que haya una disponibilidad de atención o escucha. Muchas personas no eligen acercarse a un dispositivo clínico tradicional y este tipo de espacios no pensados de esta forma, cuentan con una gran potencia y valor para la intervención, logrando que muchas personas pudieran expresarse, y sentirse habilitados/as a compartir en un formato más “informal” o poco tradicional.

En este sentido, fui descubriendo que la transformación y reconfiguración de las prácticas de intervención son esenciales para entender que las clínicas son muchas y las maneras de

acercarse e intervenir varían. Además, más allá de los diferentes modos de hacer y posicionarse ante la clínica psicológica, la tarea de los/as psicólogos/as en sí misma exige una actitud de disponibilidad a la escucha de lo que acontece, desde una mirada integradora que reconozca la importancia de lo comunitario.

De esta manera, resulta interesante pensar en intervenciones que no excluyan ninguna perspectiva, sino que se enriquezcan las unas de las otras, y que trabajen en conjunto dependiendo los diferentes ámbitos, personas, modalidades y lugares. Se torna necesario, entonces, ahondar en estrategias que nos permitan pensar una modalidad de generar acciones, que no funcionen como un a priori prefigurativo del campo de intervención y del campo de reflexión teórica. Es decir, intervenir considerando el contexto singular en el que se lleva a cabo esa acción, pudiendo operar de forma en el que las estrategias no queden atascadas en lógicas trascendentes, sino, que potencien la práctica psicológica. (Raggio, 2000).

Por ello, para concebir los modelos comunitarios, así como para el abordaje profesional de la psicología, resulta sustancial poner en diálogo múltiples disciplinas y miradas que aporten al entramado multidimensional, donde convergen una amplia diversidad de determinantes sociales y colectivos. A este respecto, se destaca el carácter plural y abierto de lo socio comunitario, permitiendo pensar las intervenciones desde un ida y vuelta con las personas y pretendiendo evitar nociones preestablecidas, siendo los modelos comunitarios una vía óptima para fortalecer procesos creativos, de reconocimiento de derechos y de sostén afectivo.

En segundo lugar, pude visualizar que el involucramiento comunitario, tanto de actores educativos como de técnicos/as de la salud, en muchas ocasiones resulta ínfimo o inexistente. Se presentan grandes dificultades en la implementación de PPS en relación a la inserción del personal de salud y educación a este tipo de encuentros, tampoco se presentan horas de trabajo flexibles, en donde las horas comunitarias tomen un papel primordial para los/as trabajadores/as. Herramientas tales como el mapeo de recursos de cada zona o la asistencia a redes comunitarias, resultan muy beneficiosas y enriquecen tanto las consultas

individuales, así como las clases en centros educativos. De esta forma, docentes y técnicos podrían informar con conocimiento y propiedad acerca de los recursos de la zona, favoreciendo y promoviendo la inserción de las personas en estos espacios, que generalmente, desconocen.

A este respecto, sucede que generalmente, en los centros de salud, solo son las/os trabajadoras/es sociales (si se cuenta con estos/as profesionales desde el servicio) quienes están al tanto de estos recursos. En los centros educativos no es distinto, ya que no son todos/as los/as docentes que tienen conocimiento de redes comunitarias de la zona, sino que, si existe algún/a técnico/a o docente que quiera involucrarse en estos temas, se remite únicamente a su voluntad y posicionamiento individual. Ante esto, entonces, cuando los planes refieren a implementar modelos comunitarios, ¿queda en relación a la impronta singular de los equipos de dirección de las instituciones? ¿Se puede hablar de modelo o deberíamos hablar de experiencias basadas en un modelo (o forma) de comprender a la comunidad?

En este sentido es que se entiende que integrar estos aspectos, tanto a las consultas como a las clases, no debería depender exclusivamente por la singularidad y posicionamiento individual de cada técnico/a o docente. Se torna necesario contar con PPS que garanticen el respaldo, incentivo, promoción y participación de las personas que trabajan en estas instituciones, en diferentes recursos comunitarios y zonales. De esta manera, se podrán conocer no solo las problemáticas que las comunidades presentan, sino también las oportunidades y recursos que se generan desde la colectividad.

En tercer lugar, es notorio que el reduccionismo científico se refleja en cada ámbito, no solo en la salud. La verticalidad usuario-técnico/docente-estudiante, la distancia entre el diseño de PPS con la implementación de las mismas, la diferencia entre los planes de estudio y la realidad de las trayectorias educativas, los imaginarios sociales sobre “cómo intervenir” como psicólogos/as, o los roles asignados a los/as estudiantes, a los/as docentes, a los/as usuarios, a los/as técnicos, son factores que se presentan como limitantes de poder realizar intervenciones transformadoras y novedosas. Por tanto, se entiende que este tipo de

intervenciones, ya sea en centros educativos o de salud, no deberían quedar sujetas únicamente a un Proyecto de Extensión Universitaria o un Programa de Practicantado de carácter anual, sino que la implementación de PPS que respalden este tipo de iniciativas de forma permanente, resulta esencial para garantizar el despliegue de abordajes comunitarias dentro de dos ámbitos estructurales de la vida de las personas.

Por la misma línea, muchos de estos factores mencionados anteriormente, generaron en mí incontables momentos de frustración, impotencia y ansiedad. Enfrentarse a un camino desconocido conlleva múltiples dificultades y el proceso de afectación que he atravesado a lo largo de estos años me han hecho replantearme mucho la noción de potencia: ¿qué tanta potencia/fuerza/valor tienen nuestras intervenciones cuando trabajamos en territorios tan aprensivos?

El trabajar con personas que sufren tantas vulnerabilidades socioeconómicas, desprotección por parte del sistema, violencia, estigmas sociales, entre otros, me generó en repetidas ocasiones, una gran sensación de impotencia en cuanto a mi propia capacidad de realizar acciones que provoquen cambios significativos en la vida de los/as demás: ¿Cuál es nuestra incidencia real en el/la otro/a como futuros/as psicólogos/as ? ¿Cómo generar líneas de fuga en factores estructurales inscriptos en la sociedad y el sistema? ¿Cómo manejar la sensación de que hagamos lo que hagamos, no es suficiente para cambiar las realidades de sufrimiento que atraviesan las personas?

"Subjetividad heroica", se llama a esa exigencia de querer corregir cuando sentimos que en la comunidad suceden cosas que "no deberían pasar" (De la Aldea, 2014), algo que comparo con una postura omnipotente de situarse ante las diferentes problemáticas, considerando que en muchas ocasiones sentí que el acompañar con la palabra o sostener con la escucha, no eran recursos suficientes ante las problemáticas planteadas, sino que solía detenerme en el deseo de corregir o modificar ciertas situaciones estructurales a nivel social. De raíz, esta idea de cambiar, o "salvar el mundo" que aún sin quererlo me invadía.

En ese sentido, fue necesario entender que debía repensar el modo de situarme ante tales situaciones, ya no tratar de pensar en salvar a la comunidad, sino en pensar cómo mirarla,

cómo leerla, cómo constituir comunidad con la intervención (De la Aldea, 2014). No el hacer “por alguien”, sino el hacer “con” esa persona, construir en conjunto, posibilitando así el despliegue de las potencias, tanto las nuestras como las de la comunidad.

Cada experiencia generó procesos necesarios para comprender que la postura que se toma con la omnipotencia lleva a la pérdida de la capacidad de transformación, de hacerse y de descubrirse, la riqueza de ser modificado por la práctica (De la Aldea, 2014). Por lo tanto, creo pertinente mencionar que fue necesario encontrar el equilibrio entre estas dos nociones opuestas que definieron mis sentimientos, y justamente comprender que el punto medio entre la omnipotencia y la impotencia, es la potencia en sí misma. La potencia es nuestra posibilidad de actuar, la fuerza, el alcance y el valor de nuestras intervenciones, es lo que realmente puede cada uno/a, y lo que cada uno/a puede es lo que hace, no lo que “debería hacer” según valores trascendentales (Larrauri, 2000).

Creo poder establecer que navegar por estos procesos, fue preciso para ampliar exponencialmente mi potencia personal, generando en mí un crecimiento, transformándome e interpelándome en cada paso a lo largo de estos años. Si bien no existe un bien o mal, que sume o disminuya nuestra potencia, sí que existe lo que conviene, aquello que trae crecimiento y alegría, y en este sentido, el encuentro con la comunidad, siempre resulta conveniente, provocando el crecimiento de mi potencia de vida, y por tanto, la alegría y desarrollo personal (Larrauri, 2000).

A modo de cierre, considero que cualquier intento de describir realmente las afectaciones personales que dichas experiencias generaron en mí, va acompañado de un sentimiento íntimo de incompletud e incapacidad de expresar los verdaderos efectos y matices. (Skliar y Larrosa, 2009). Ambas fueron de un inexplicable valor formativo y personal, colmado de aprendizajes, crecimiento, frustraciones, desarrollo y movilización total de cada una de mis estructuras y certezas. Enfrentarse ante un nuevo recorrido, como resulta el trabajo en comunidad, para una estudiante de psicología sin experiencia previa en estos ámbitos, fue una esencial herramienta para construir mi lugar como futura psicóloga y sobre todo, para reflexionar acerca del lugar que le doy al/la otro/a. Estos compartires con estudiantes,

docentes, técnicos/as de la salud, compañeros/as, vecinos/as, han moldeado mi capacidad de intervenir y multiplicado mis cuestionamientos, herramientas y horizontes, ayudándome a formar y transformar mi propio lenguaje, mi propio pensamiento.

Las experiencias, aquí, se plantean como un movimiento de ida y vuelta, donde no solo se generan movimientos de exteriorización, sino también efectos en lo que somos, pensamos y nos afecta. (Skliar y Larrosa, 2009). Estos procesos me permitieron explorar mis capacidades y poderes, pero sobre todo, me permitieron reivindicar el modo de situarme ante el no-poder, ante el no saber qué hacer, ante la impotencia, ante el límite de lo que podemos, ante la finitud de nuestros poderes (Skliar y Larrosa, 2009). Ante este ideal de "salvar el mundo", que mencioné anteriormente y que me invadió en repetidas ocasiones a lo largo de estos años, me sitúo en las palabras de Freire (2017), para poder afirmar con convicción: "Nadie se salva solo/a, nadie salva a nadie, todos/as nos salvamos en comunidad". (p.90)

Reflexiones finales

A modo de reflexión final, en base a este recorrido sobre (re)significaciones en salud mental, se torna importante destacar nuevamente el papel primordial de las construcciones y representaciones sociales en torno a nociones como "locura" o "enfermedad mental", tan instauradas dentro del campo de la salud mental.

El reduccionismo científico y la instalación del modelo capitalista, han validado discursos y prácticas que construyen y alimentan el encierro, el estigma social, la soledad y la desprotección de las personas, dejándolas en condiciones de riesgo y coartando la participación y organización social. Dicha perspectiva individualiza y fragmenta los vínculos, presentándose como un territorio aprensivo, en el que se impone cómo las personas deben vivir, pensar y relacionarse con los/as demás. De igual manera, no habilita lugar a la complejidad donde convergen diversidad de determinantes sociales y colectivos.

Construir transformaciones colectivas y abrir nuevos caminos ante perspectivas reduccionistas, implica posicionarnos desde una política del asombro, práctica arraigada a

una emoción primaria que conduce a la apertura, a posicionarnos de forma distinta frente al mundo (Ahmed, 2015). La práctica de la política del asombro, no necesariamente se reduciría al objeto o al fenómeno que se observa, sino a la perspectiva con la que se lleva a cabo dicha tarea. Especialmente, teniendo en cuenta la forma en que las cosas han llegado a ser lo que son. Los fenómenos no existen en el vacío, sino que han llegado a ser a partir de configuraciones que implican relaciones de poder, orientaciones, especificidades de los rubros y de los lugares, a partir de la historia, del contexto y de las condiciones de posibilidad (Garrido, 2022).

La dimensión de lo comunitario introduce el potencial transformador de las experiencias desde el fortalecimiento de los procesos participativos, un movimiento vital con el poder de transformar y crear nuevas formas de habitar lo colectivo. Guattari (2006, citado por Blanco, 2015), refiere a la micropolítica que se despliega en el habitar colectivo, la cual contiene en potencia procesos creativos mediante espacios de intimidad donde es posible crear. Estos pequeños espacios cotidianos contienen en potencia territorios existenciales que conectan con nuevas formas de relacionamiento, antes no experimentadas y que dan lugar a procesos inclusivos desde la superación de miradas estigmatizantes.

Por otro lado, en relación a las experiencias planteadas, vale destacar que este tránsito también se realizó desde el habitar colectivo, acompañada de compañeras/os, amigas y docentes, quienes resultaron un puntal indispensable para atravesar cada uno de los procesos vividos desde formas amorosas, empáticas y solidarias de relacionamiento.

Cada instancia de movilización, reestructuración y aprendizaje personal surge a partir de la relación y el intercambio con otros/as, y los caminos que se cruzan. En palabras de Villava (2011) "El ser humano se humaniza solamente en el encuentro con el otro". (p. 97).

Solo desde el reconocimiento de la otredad podemos lograr un enriquecimiento de nuestras prácticas, y aquí es donde creo radica el sentido de nuestra formación y nuestro posicionamiento como psicólogos/as. La co-construcción con las personas que vamos a trabajar, se plantea como un horizonte posible para poder lograr un trabajo en comunidad.

Donde sea posible vislumbrar la diferencia del otro/a, tomarla y construir a partir de ella, en conjunto, se posibilita el despliegue de potencias.

Por ello, el rol del/la profesional de la psicología, entiendo debe pensarse desde un lugar de diálogo con las comunidades, las disciplinas, y las fuerzas tanto instituidas como instituyentes. Lograr intervenir y abordar situaciones complejas con la comunidad, implica una mirada que construya disponibilidad articulada y pensada a partir de experiencias colectivas.

Esta serie de fuerzas instituyentes y líneas de fuga que presentan los modelos comunitarios, sólo puede pensarse de forma procesual y no implica reemplazar un paradigma por otro. Implica poder pensar alternativas que busquen la forma de inventariar lo que los territorios implican y crean como maneras de ser, de hacer y de habitar. En vez de habitar, deberíamos hablar de cohabitar, pues no hay ninguna manera de habitar que no sea en principio y ante todo “cohabitar” en un territorio (Despret, 2022). El valor de la Salud Mental Comunitaria desde un paradigma complejo de transformación crítica, radica en la capacidad de abrir brechas en territorios aprensivos.

La experiencia de lo colectivo nos dispone a una escucha poética del mundo, de nosotros mismos. Estimula las mutaciones, el aumento de la potencia en el pensamiento, en el cuerpo, en la afectividad; el deseo de desplazamientos intensivos que nos conduzcan a nuevas dimensiones vitales. (Teles, 2021, p.109).

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2015). La política cultural de las emociones. Ciudad de México: Programa Universitario de Estudios de Género, unam
- Amarante, P. (2016). *Salud mental y atención psicosocial: Psicología*. Editorial Grupo 5.
- Blanco, M. V. (2015). Habitar lo comunitario: vivencias desde una política pública de cuidados. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 3-3.
- Butler, J. (2001). Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción (Vol. 68). Universitat de València.
- Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo xxi.
- Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo.
- Castoriadis, C. (1997). El imaginario social instituyente. *Zona erógena*, 35(9), 1-9.
- Castrillo, B. F. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. CSIC, Universidad de la República Uruguay.
- Cueto, A. M. D. (2014). La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear. In *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear* (pp. 165-165).
- De la Aldea, E. (2014). Cuaderno N°1 Los talleres cuidar al que cuida. Buenos Aires. Ed los talleres.
- Deleuze, Gilles. *Lógica del sentido*. Editorial Paidós. Barcelona, 1989.
- Deleuze, G., Guattari, P. F., & Pérez, J. V. (2004). *Mil mesetas* (p. 159). Barcelona: Pre-textos.
- De Lellis, M. (2018). El movimiento de Salud Mental: una aproximación histórica y crítica. *Material de Cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*.

- Despret, V. (2022). *Habitar como un pájaro: modos de hacer y pensar los territorios*. Editorial Cactus.
- Díaz, A., & Ramírez, R. (2017). Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria. *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, 207-222.
- Etchebehere, G., Cambón, V., De León, D., Zeballos, Y., Silva, P., & Fraga, S. (2007). La educación inicial. Perspectivas, desafíos y acciones. Montevideo: Ed. Psicolibros.
- Fernández, T., Pereda, C., Boado, M., Bucheli, M., Cardozo, S., Casacuberta, C. L. Verocai (2010). La desafiliación en la Educación Media y Superior de Uruguay: conceptos, estudios y políticas. Comisión Sectorial de Investigación Científica. Universidad de la República.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Ediciones Paidós.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica* (J. J. Utrilla, Trad.). Siglo XXI Editores. (Originalmente publicado en 1961).
- Freidson, E., & de Miguel, J. M. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Edicions 62.
- Freire, P. (2017). *Pedagogía del oprimido* (30ª ed.). Siglo XXI Editores.
- Garrido, N. (2022). Economía feminista: de la ortodoxia del mercado a la política del asombro. *Debate Feminista*, 64, 166-188. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe>. 2022. 64. 2292
- Gonçalvez Boggio, L. (2008). El cuerpo en la psicoterapia: nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Giorgi, A. (2004). *El sentido de la educación: Un análisis desde la práctica educativa*. Editorial [Nombre de la editorial].

- Giorgi, V. A. (2006). Construcción de la subjetividad en la exclusión. In *Drogas y exclusión social* (pp. p-46).
- Haraway, D. J. (1995). Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza (Vol. 28). Universitat de València.
- Harding, S. (1997). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.
- Langon, M. (2000). Apuntes para la democratización de la escuela y el aula. *Urupra e democracia na educar; íio cidadii, Porto Alegre, UFRGS*.
- Larrauri, M. (2000). El deseo según Deleuze. España: Tándem.
- López, E., & Enrique, J. (2009). Capitalismo y subjetividad¿ Qué sujeto, qué vínculo y qué libertad?. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 8(2), 224-247.
- Maceiras, J., & Bachino, N. (2008). Territorio, ámbito y campo. Derivas de la Psicología Social Universitaria. Montevideo: Levy.
- Mainetti, José Alberto (2006) La medicalización de la vida. Revista electroneurobiología, n°14. Disponible en http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.htm (última consulta 15/04/2019)
- Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, (3), 84-119.
- Milanese, E. (2016). Tratamiento Comunitario. Manual de Trabajo. Tercera Edición.
- Ministerio de Salud Pública (2020), Dirección General de la Salud, División Salud de la Población. Programa Nacional de Salud Adolescente. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo.

- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos. Paidós.
- Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.
- Morin, E. (1984), *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental* (WHO/MSD/MER/22.1). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064316>
- Pelbart, P. (2009). Filosofía de la deserción. *Nihilismo, locura y comunidad*.
- Porzecanski, Teresa (2008) *Medicalización y mitologías: el cuerpo físico y el cuerpo social*. En *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Editorial Planeta
- Raggio, A. (2008). Intervencion e campo de intervencion. *PSICOLOGIA SOCIAL: ESTRATÉGIAS, POLÍTICAS E*, 58.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Espasa Calpe.
- Rodríguez, A. (2012). Aportes de la psicología comunitaria al campo de las políticas públicas sociales: el caso de Uruguay. *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y experiencias*, 111-142.
- Rodríguez, A., Pierri, L., Rodríguez, A. C., Castro, I., Rossi, S., & Da Silva, M. (2012). El lugar del sujeto en las políticas públicas sociales. La perspectiva de sus destinatarios. *Ministerio de Desarrollo Social y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Ed.), Vulnerabilidad y exclusión. Aporte para las políticas sociales*, 5, 239-248.
- Rodríguez Nebot, J. (1995) *Clínica móvil o re-pensar la clínica*. En: *En la frontera : trabajos de psicoanálisis y socioanálisis*. Montevideo : Multiplicidades.

- Saforcada, E., Lellis, M. D., & Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. In *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano* (pp. 296-296).
- Sánchez Dromundo, R. A. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. *Revista electrónica de investigación educativa*, 9(1), 1-21.
- Silva Cabrera, C. (2014). Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) del Uruguay actual: reconstrucción de los posicionamientos políticos, tensiones y acuerdos en la reforma socio-sanitaria. In *IX Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional: Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea (La Plata, octubre 2014)*.
- Skliar, C., y Larrosa, J. (2009). Experiencia y alteridad en educación.(1 Edición) Argentina: Homo Sapiens.
- Stolkiner, A. (2003). El concepto de salud de la OMS. *Material de cátedra, mimeo*
- Techera, A., y Apud, I. (2013). Políticas de salud mental en Uruguay. *SALUD MENTAL EN DEBATE*.
- Teles, A. L. (2021). *Política afectiva: Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Fundación La Hendija.
- Uruguay. Asamblea General. (2007). Ley Sistema Nacional Integrado de Salud No 18.211. Montevideo.
- Veloso, C. (1986). Vaca Profana [Canción]. En *Totalmente Demais*

- Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.

- Villava, C. M. S. (2011). Comunidad y narración: la identidad colectiva. *TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*, (34), 93-111.