

# **Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario**

## **Participatory methodologies in mental health: alternatives and perspectives of social emancipation beyond the clinical and community based model**

**Juan Carlos Cea Madrid**

**Universidad de Santiago de Chile, Centro de Acción Crítica en Salud  
Mental (CAC) y Centro de Estudios de Contrapsicología**

### **Resumen**

El siguiente artículo refiere la importancia de las metodologías participativas como una alternativa a los modelos tradicionales en salud mental, en base al reconocimiento de la centralidad de la participación social de la comunidad de usuarios para la democratización de la salud mental. El texto señala los obstáculos que limitan y restringen el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria en el Chile actual, reconociendo como factores principales de esta situación la centralidad del modelo biomédico y la ausencia de derechos sociales universales en un marco neoliberal. Por último, el objetivo de este documento es dar a conocer en qué medida las metodologías participativas pueden aportar a la desmedicalización de la vida y a la des-psiquiatrización del malestar social, como superación de las prácticas clínicas y comunitarias, modelos de intervención institucional orientados bajo la administración neoliberal, el crecimiento de la industria farmacéutica y la legitimación de la asimetría entre usuario y profesional por parte del Estado.

**Palabras clave:** metodologías participativas, salud mental comunitaria, neoliberalismo

### **Abstract**

The following article refers to the importance of participatory methodologies as an alternative to the traditional models in mental health, on the basis of acknowledging the centrality of social participation of the community of users for the democratization in mental health. The text points out the obstacles that limit and restrict the development of the community model in mental health in Chile today, recognizing as principal factors of this situation the centrality of the biomedical model and the absence of universal social rights in a neoliberal framework. Lastly, the objective of this document is to show how participatory methodologies can contribute

to the de-medicalization of life and the de-psychiatrization of social discontent, as overcoming clinical and community practices, institutional intervention models oriented under the neoliberal administration, the growth of the pharmaceutical industry and the legitimization of the asymmetry between user and professional by the state.

**Keywords:** participatory methodologies, community mental health, neoliberalism.

“Como gestores de la salud mental tenemos nuestras responsabilidades. Como trabajadores verdaderamente militantes debemos transmitir la desesperación del marginado. El loco es un desesperado y lo somos también aquellos de nosotros que queremos transformar el mundo, a sabiendas de que el mañana implica siempre un nuevo riesgo. Si no unimos ambas desesperaciones, la batalla estará perdida de antemano”

Franco Basaglia, Cuarto Encuentro Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, Cuernavaca, México 1978.

## Introducción

En Chile, las políticas públicas de salud mental se han desarrollado en los últimos años desde un enfoque comunitario, considerado como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos desde el punto de vista ético como terapéutico (Minoletti y Zaccaria, 2005). De acuerdo a estos principios, desde la década de los 90 se han creado programas de apoyo social y rehabilitación psicosocial que complementan la mirada del modelo médico en el campo de la salud mental, en la perspectiva de potenciar el nivel de inclusión social y calidad de vida de las personas diagnosticadas con trastornos mentales en su entorno familiar y comunitario. Así lo ha definido el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría (2000) al señalar que la salud mental no sólo depende de factores biológicos sino también de las condiciones de vida, reconociendo el protagonismo de los usuarios, las familias y las organizaciones sociales junto al apoyo técnico y financiero de los programas de salud y servicios sociales. Sin embargo, hoy en día, aún es incipiente el desarrollo de un enfoque interdisciplinario con vinculación intersectorial en el campo de la salud mental, así como la adopción de un modelo de atención integral en la comunidad basado en los derechos humanos (Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad mental, 2014).

El enfoque comunitario en salud mental en Chile ha tenido avances considerables en la reforma y reconversión de la asistencia psiquiátrica asilar, sin embargo, también ha debido enfrentar obstáculos como la brecha de recursos humanos y financieros (Gómez, 2005). En particular,

las principales limitaciones para desarrollar en la práctica los valores y principios de “lo comunitario” han sido las barreras institucionales que integran el predominio del modelo biomédico en el campo de la salud mental así como la ausencia de derechos sociales universales en el marco de una hegemonía neoliberal. En este contexto, la institucionalidad democrática no actúa de acuerdo a la soberanía ciudadana sino que está al servicio de los intereses privados y corporativos, limitando en cada una de las esferas de la sociedad la participación colectiva en la toma de decisiones. De este modo, el modelo de salud mental comunitaria bajo los principios del Estado neoliberal, al mantener y reproducir la asimetría en la interacción entre los organismos de gobierno y la sociedad civil, reduce la participación de la comunidad a espacios de clientelismo y cooptación, negando la participación real en el poder, anulando el control efectivo y permanente de la ciudadanía sobre el ámbito de lo público.

De acuerdo a lo anterior, la participación en salud mental se ha ido adaptando al contexto neoliberal en la administración de los servicios sanitarios. Al respecto, Miranda (2008) ha señalado que según la perspectiva de los profesionales y equipos de salud mental, la participación de las familias y/o de agentes comunitarios en los tratamientos es uno de los más importantes criterios orientadores de la atención de salud mental en contextos de salud pública. A su vez, la valoración del enfoque comunitario en salud mental expresaría ventajas asociadas no sólo en el fortalecimiento de las redes sociales y la posibilidad de compartir experiencias entre los beneficiarios, sino también en la promoción y la prevención, activando recursos personales y comunitarios para el autocuidado así como el desarrollo de factores protectores (Miranda, 2008). En este sentido, la participación social como acción colectiva para mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud mental se erige como uno de los pilares fundamentales del modelo de salud mental comunitaria en nuestro país (Minoletti, Narváez, Sepúlveda & Funk, 2009).

Para visualizar este movimiento en su contexto de desarrollo, es útil distinguir el concepto de participación como medio y participación como fin (Clayton, Oakley y Pratt, 1998 citado en Jiménez-Domínguez, 2008). La participación como un medio es el proceso a través del cual la ciudadanía coopera con proyectos o programas externos a la comunidad. La política de salud mental comunitaria impuesta desde el Estado se ha desarrollado de acuerdo a este tipo de participación. En cambio, la participación como un fin es una meta en sí misma que puede ser expresada en el aumento de poder y control de la comunidad a través de la adquisición de conocimientos, habilidades y experiencias que le permiten asumir mayores responsabilidades para su desarrollo y autonomía. Este tipo de participación implica un activismo social vinculado a procesos de democratización, una relación de cooperación horizontal y apropiación de la problemática por parte de los actores sociales involucrados. Pues bien, el modelo de salud mental comunitaria en Chile no reconoce este nivel de

participación. Lo anterior se expresa en las limitaciones estructurales para la promoción de la participación de la comunidad de usuarios en el proceso de toma de decisiones sobre el uso de recursos públicos, práctica que se revela en la escasa asignación de recursos para intervenciones psicosociales y comunitarias en base al predominio del tratamiento farmacológico en salud mental y en los obstáculos para garantizar derechos sociales como vivienda y trabajo desde un plano intersectorial para las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos. Lo que sumado a la privatización de las condiciones de vida y la fragmentación del lazo social, han ido constituyendo un entramado de valores culturales y prácticas sociales afines al neoliberalismo que han limitado ampliamente la profundización del enfoque comunitario en salud mental.

El bajo reconocimiento de la participación de la comunidad y la nula incorporación de nuevos y amplios intereses sociales en la democratización de la salud mental, plantean serias restricciones para dar cumplimiento a los principios del Consenso de Brasilia (2013). En este texto se puntualiza que la comunidad de usuarios y sus familiares deben participar en la construcción de las políticas públicas de salud mental, en la gestión y evaluación de los servicios, así como en la elaboración de leyes que garanticen, promuevan y fortalezcan los derechos humanos. A pesar de estas recomendaciones, la institucionalidad sanitaria en Chile no posee mecanismos que posibiliten la participación efectiva de la comunidad en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental. Los objetivos de planificación en salud mental de los organismos de gobierno responden a los intereses y privilegios de un reducido comité de expertos (principalmente psiquiatras), así como las indicaciones para mejorar las acciones programadas se definen en base a las sugerencias y recomendaciones de un círculo de asesores - en su mayoría profesionales elegidos por los organismos de gobierno - , desplegando un mecanismo de legitimación social que opera sin considerar el rol de todos los actores sociales involucrados, desestimando la participación ciudadana ampliada en este proceso. En este sentido, el desarrollo de la salud mental comunitaria en nuestro país no ha tenido propiamente un carácter *participativo*, modalidad que supone una redistribución del poder que posibilite la inclusión de las grandes mayorías en las decisiones que las afectan (Ferullo, 2006).

De acuerdo a lo anteriormente descrito, la política pública de salud mental administra recursos, regula sistemas de atención y financiamiento, dispone metas de cobertura y establece parámetros de gestión colectiva de los problemas de salud mental en base a los principios impuestos por la institucionalidad sanitaria, cerrando las puertas a la participación social como una alternativa clave para transformar los desequilibrios en la distribución del poder en nuestra sociedad. De esta forma, la institucionalidad estatal bajo la hegemonía neoliberal, ha desarrollado un enfoque comunitario cuyo eje gira en torno al modelo biomédico y la

preeminencia de los profesionales “expertos”, planteando serias barreras para una efectiva participación ciudadana en los espacios colectivos de toma de decisiones, limitando internamente el desarrollo del modelo comunitario en salud mental. En esta perspectiva cabe preguntarse ¿En qué medida es relevante la participación de la comunidad en el campo de la salud mental como base de su democratización?, ¿En qué sentido los intereses gremiales y corporativos reproducen una ideología de participación ceñida a sus intereses y propósitos, restringiendo la plena participación ciudadana en la formulación de políticas y decisiones sobre los problemas que afectan sus vidas?, ¿Bajo qué condiciones ha sido legítimo excluir a las grandes mayorías en la comprensión y planificación de sus necesidades subjetivas, en la discusión de sus problemas compartidos y en la construcción de soluciones en el campo de la salud mental?

En este contexto, desde nuestro punto de vista, las metodologías participativas constituyen una alternativa en el campo de la salud mental ante las exigencias por mayor democratización del Estado que han situado los movimientos sociales en diversos ámbitos de la vida colectiva (Garcés, 2012) y en la búsqueda por una desinstitucionalización de las relaciones sociales en torno a los problemas de salud mental (Rotelli, 2014), en la medida que desinstitucionalizar implica la deconstrucción definitiva de las estructuras segregativas y de exclusión social, superar las fronteras sanitarias como la dicotomía salud-condiciones de vida, en base a la participación activa de todos los actores de la comunidad en la formulación e implantación de la política de salud mental (Dimenstein, 2013).

En este marco de problematización, nuestra opción es situar y canalizar un debate abierto en torno a la crisis de la psiquiatría y las limitaciones del modelo de salud mental comunitaria (Centro de Acción Crítica en Salud mental, 2013), con el propósito de suscitar acciones orientadas a reconocer y valorar las perspectivas y orientaciones de la comunidad de usuarios de salud mental así como promover su participación efectiva en la elaboración de un diagnóstico crítico, alternativo y propositivo de la realidad actual de la salud mental en nuestro país; en la medida que reconocer el valor de la participación de las personas que reciben atención en los servicios de salud mental es una premisa básica para concebirlos como agentes de cambio y no sólo como simples beneficiarios de políticas públicas o cifras estadísticas de cuadros diagnósticos.

En este camino, promover la participación comunitaria al margen de los intereses de la institucionalidad, como espacios de diálogo y fortalecimiento colectivo, bajo los principios de la solidaridad grupal y el apoyo mutuo, es una tarea primordial para que la voz de la comunidad de usuarios sea reconocida y valorada, en un contexto en que la ideología

psiquiátrica invalidante les ha excluido de la participación política en los asuntos públicos debido a que no serían capaces de ocuparse de ellos. A su vez, favorecer dichas instancias de colaboración y encuentro requiere ampliar la participación de los usuarios más allá del rol de “paciente”, considerando estrategias para la redistribución de recursos económicos, el desempeño de roles sociales significativos y la producción de valor social. Siguiendo estos lineamientos, a continuación se van a examinar los principios y fundamentos que señalan a las metodologías participativas en salud mental como una alternativa para la superación de las relaciones de dependencia y pasividad que forman parte de los discursos y las prácticas dominantes en la institucionalidad, desde el modelo clínico y comunitario, en un contexto neoliberal.

### **Metodologías participativas como alternativas al modelo clínico y comunitario en salud mental**

Las diversas formas de sufrimiento y malestar subjetivo en nuestra sociedad están supeditadas a los campos de saber institucionalizados. El enfoque comunitario en salud mental es dependiente de las disciplinas validadas en el orden social como expertas en la subjetividad, métodos que configuran al sujeto con padecimiento mental en un objeto de conocimiento positivo, ocultando su dimensión cultural, social y política (Galende, 2001). Bajo estos principios, el modelo clínico y biomédico en salud mental asume la distancia sujeto-objeto como referente, postulando un saber atóxico, despolitizado y no ideológico, basado en la objetividad científica, junto a un posicionamiento ético neutro, evitando así la discusión sobre la historicidad de sus planteamientos, las implicancias éticas y los efectos de poder de sus prácticas discursivas (Pérez, 1996; Miranda, 2000; Foladori, 2001). En este sentido, la psiquiatría y la psicología dependientes del modelo clínico individualizante definen las diversas manifestaciones del padecimiento mental desde una perspectiva *exteriorista*, en cuanto se apropian de la experiencia subjetiva – cuya significación se hace posible sólo dentro de un determinado contexto sociocultural-, no dejando espacio para lo que pueda decir el fenómeno en relación a sí mismo y el contexto sociocultural en el cual se enmarca. De esta manera, la verticalidad de la mirada clínica se impone y deriva en una relación asimétrica entre experto y lego, entre el profesional y el usuario de salud mental, y esta lógica se reproduce en el acercamiento de la institución a la comunidad.

Contrariamente a lo descrito, uno de los principios de las metodologías participativas es la comprensión del “objeto” de estudio como un sujeto activo en la construcción del conocimiento, por lo tanto, implica una superación de la lógica sujeto-objeto para pasar a una relación “sujeto-sujeto”. Participar, para Fals Borda (1986) es la ruptura voluntaria y vivencial de la relación asimétrica de sumisión y dependencia implícita

en la relación sujeto-objeto. En este caso, los principios de la relación vertical y el acto de imposición de saber que induce la acción profesional bajo la mirada clínica, deben ser subvertidos de raíz. Este distanciamiento de la figura del experto es clave en la medida que las metodologías participativas permiten descentrar la comprensión de las problemáticas en el campo de la salud mental desde el modelo biomédico, bajo el control de la institucionalidad y el dominio de los profesionales “expertos”, para situarlo en una reflexión participativa desde y junto a la comunidad, para construir conocimientos y acciones en base al reconocimiento de la salud mental como un asunto valórico y político ligado a nuestro bienestar social y vida colectiva, en una relación horizontal entre profesionales y usuarios de salud mental donde ambos producen y comparten saber.

Siguiendo estos mismos postulados, como una superación de las contradicciones de la psiquiatría biológica y la psicología clínica, encontramos el desarrollo de la psicología social comunitaria que plantea una nueva manera de relacionarse entre los profesionales y los miembros de la comunidad, denunciando y rechazando las relaciones de experticia de los agentes externos v/s ignorancia e impotencia de los agentes internos, al plantear una estructura de trabajo dialógica, horizontal, de intercambios y facilitaciones (Montero, 1999). Sin embargo, si uno analiza el desarrollo de las psicologías sociales y comunitarias en las últimas décadas en nuestro país, cabe darse cuenta del enorme poder que ha tenido la institucionalidad democrática para manipular la diversidad y controlar el contenido crítico y potencial subversivo de aquellas prácticas, para gestionarlas y adaptarlas al modelo neoliberal y sus valores dominantes (Cea-Madrid y López-Pismante, 2014). De esta forma, las metodologías participativas en salud mental como alternativas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario, implican no sólo la creación de relaciones de horizontalidad entre usuario y profesional en la construcción de conocimiento, sino también el desarrollo de espacios autónomos a la institucionalidad estatal en la medida que es necesario también superar la retórica participativa del modelo de gestión neoliberal.

Otro elemento importante de las metodologías participativas es la inseparabilidad de sus efectos en el plano subjetivo y social, disipando, en este sentido, la distinción entre lo clínico y lo comunitario, reconociendo ambos planos como dos momentos del proceso de construcción de la realidad social que se vuelven indisociables: lo individual y lo colectivo. Así, las metodologías participativas representan una alternativa en la construcción de conocimiento desde y junto a la comunidad, y a su vez constituyen una herramienta de redistribución del poder para que la comunidad que sufre un dolor social particular pueda expresar por sí misma sus propias necesidades, acciones y demandas. De esta forma, las metodologías participativas posibilitan una praxis que moviliza, sin mediar por la clínica individualizante, un efecto de desarrollo individual que, por

sí mismo, puede llegar a ser “terapéutico”. Las metodologías participativas hacen posible un ejercicio colectivo que consiste en devolver a las personas la posibilidad, los recursos y la conciencia de manejar por sí mismas, sin más amparo que sus grupos habituales de pares, sus propios problemas subjetivos; haciendo efectiva la premisa que no hay, ni debe haber, un juicio experto que pueda superponerse a las narrativas y significados que construyen las personas en sus relaciones sociales y comunitarias para superar sus dificultades (Romme & Escher, 2005; Pérez, 2012).

En otra perspectiva, es posible cuestionar la pretensión de objetividad y neutralidad del dispositivo clínico en salud mental, en cuanto su accionar está mediado por relaciones sociales, políticas y culturales desde las cuales sus teorías y prácticas sobre la alteración mental tienen fundamento, implicancias y sentido (Basaglia 1987; Castel 1984, Foucault, 1993). En nuestro contexto, lo que organiza y regula el campo de la salud mental es el libre mercado capitalista y la gestión administrativa estatal. El Mercado y el Estado funcionan regulando toda actividad social, pronunciándose valorativamente, prescribiendo lo que debe y no debe ser, afianzando la normalidad psíquica al sistema político. En este marco, las metodologías participativas representan una herramienta útil para oponerse desde la praxis colectiva a la tendencia que implica convertir en enfermedad una serie de conflictos, padecimientos y episodios vitales que son parte de la vida cotidiana de los sujetos y no requieren ser explicados y atendidos por medio de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2003). Así, las metodologías participativas pueden ofrecer un posicionamiento crítico hacia la medicalización de la vida y la psiquiatrización del malestar social, procesos sociales ligados indudablemente a la opresión psiquiátrica estatal y la expansión creciente del mercado farmacéutico en un contexto neoliberal (Centro de Acción Crítica en Salud mental, 2013).

En definitiva, el distanciamiento crítico hacia el modelo clínico y comunitario en salud mental desde los postulados de las metodologías participativas, rememoran los cuestionamientos a la psicología social de los 70 exportada hacia América Latina, en la medida que sus modelos eran considerados agotados o insuficientes para abordar y resolver injusticias sociales y se denunciaba su completa desconexión con la realidad social y sus problemas (Martín-Baró, 1986; Montero, 1999). De esta manera, las metodologías participativas pueden debatir con el modelo de salud mental dominante asumiendo sus contradicciones y dificultades, en la perspectiva de superar desde la praxis, en tanto acción y reflexión, las alternativas para comprender, abordar y resolver nuestros padecimientos subjetivos desde y junto a la comunidad.

## **Principios éticos y epistemológicos de las metodologías participativas en salud mental**

Las metodologías participativas buscan generar procesos de investigación unidos a procesos de intervención de manera participativa. Por un lado, pretenden establecer un vínculo concreto y controlado entre conocimiento y acción. Por otro lado, promueven un cuestionamiento de las asimetrías desde la posición del sujeto investigador y el sujeto investigado, por lo tanto, se hace necesaria la inclusión de los actores sociales afectados por la problemática a conocer e intervenir en cada contexto y situación (Muñoz y Opazo, 2012).

Algunos principios de las metodologías participativas y el trabajo comunitario son las siguientes (Montero, 2004; 2009; 2010):

- El problema de investigación se construye junto a la comunidad
- El sentido de la construcción de conocimiento es generar procesos de cambio en la comunidad y ésta debe llevar el control de todo el proceso de investigación participativa.
- Los participantes toman conciencia de sus habilidades y recursos facilitando una interiorización de nuevos marcos de interpretación de sí mismos con el fin de transformar el entorno según sus necesidades y aspiraciones.
- La comunidad crea nuevos conocimientos sobre sí misma y la realidad que la circunda.

En base a los preceptos anteriores, cabe señalar que las metodologías participativas expresan un camino para crear y compartir conocimiento de manera colectiva y desarrollar técnicas de intervención establecidas por consenso, elaboradas junto a la comunidad, construidas en condiciones de horizontalidad y situadas en un contexto. En este sentido, no puede haber investigación participativa sin participación de la comunidad, por lo tanto, los principios bajo los cuales se produce conocimiento social legítimo dependen de la importancia que tenga ese conocimiento para la comunidad que lo ha hecho posible. A su vez, la selección de los problemas de investigación obedecen al sentido específico que tengan para una comunidad particular y la relevancia también se define por la significación del problema que tenga para ella (Fals Borda, 1986). De esta forma, la comunidad se apropia, se hace cargo y controla durante todo el proceso los principios, fundamentos e implicancias de la investigación en la perspectiva de fortalecerse a sí misma y avanzar en sus objetivos de cambio social (Fals Borda, 1986; Martín-Baró, 1986).

A su vez, ante las preguntas ¿relevancia para quién?, ¿cambio social hacia dónde? las respuestas se obtienen durante el proceso de investigación que se realiza junto a la comunidad (Fals Borda, 1986). El investigador ya no es externo al posicionarse en pie de igualdad junto a la

comunidad, realizando aportes significativos, facilitando herramientas y conocimientos para dar mayor profundidad a la interpretación de la realidad social que los circunda (Montenegro, 2004). Así, los participantes de la comunidad y el investigador aportan sus respectivos marcos de referencia para abordar el problema compartido, lo que lleva a una manera diferente de comprenderlo y caminos posibles para su resolución. En este caso, los investigadores “externos” no pueden imponer su punto de vista, el principio ético de reciprocidad debe ser considerado. No obstante, si bien la comunidad se conoce a sí misma en base a sus saberes, eso no implica que los involucrados posean una completa autonomía de los valores y discursos culturales dominantes. En el proceso participativo el investigador no es un mero servidor, como si las comunidades no tuvieran sus propias contradicciones, sino que aporta sus conocimientos para desvelar y hacer más creativos estos procesos, en base a la devolución permanente de la información (Villasante, 2010). Por lo tanto, el intercambio recíproco y la centralidad del diálogo horizontal es la base para levantar significados y experiencias compartidas, y a pesar de las diferencias, negociar en términos igualitarios consensos y legitimidades.

En este sentido, la etapa de negociación, que se extendería durante toda la primera parte de un proceso participativo de investigación es muy relevante, ya que en ella tienen lugar dos de los aspectos más importantes de este tipo de metodologías (Villasante, 2010): (i) para que todos tengan la oportunidad de decidir, es necesario que todas las visiones y experiencias estén incluidas en el proceso investigativo. Ellas a veces son contradictorias, por lo que se deben negociar. Este camino no estará excepto de la búsqueda de influencia y manipulación. Sin embargo, lo importante es que todas las posiciones sean consideradas, deben sentirse parte y tener posibilidades de incidir en un proceso no lineal, recursivo (en el que todos tienen derecho a participar en igualdad de condiciones). (ii) Todas las visiones forman parte de la problemática que se quiere investigar. No tomar en cuenta algunas experiencias o puntos de vista no es sólo excluir de la participación, sino que también implica un sesgo metodológico, no se ve una parte del problema de investigación así como las necesidades, opiniones o preferencias de subjetividades específicas que deben a su vez ser consideradas para tener una visión más amplia del tema en cuestión.

El primer punto es el motivo ético de la investigación participativa, el principio que señala que todos deben intervenir en igualdad de condiciones, y también es un motivo de eficacia: se pierde participación si las personas no se sienten parte del proceso. El segundo motivo es epistemológico o de rigor científico: no considerar todas las visiones es un sesgo metodológico. La problemática de la comunidad, que se levanta en la etapa de negociación, está constituida, en parte, de intenciones políticas. No considerar algunas de ellas es restar variables, arbitrariamente, a lo que se quiere conocer. Si nuestro objetivo es disputar el sentido común de

la ciudadanía mediado por la ideología psiquiátrica, promoviendo la autonomía de las personas para resolver por sí mismas sus problemas subjetivos, debemos considerar que la investigación participativa se desarrolla en el plano de colaboración con el fin de conocer las dimensiones de un problema, las contradicciones estructurales y las alternativas de transformación colectiva (Fals Borda, 1991). Por lo tanto, en nuestro campo de lucha, es muy probable que el sujeto colectivo que esperamos se oponga o rechace la ideología psiquiátrica no esté dado sino que haya que construirlo, lo que es coherente con el principio de las metodologías participativas que señalan que la mejor manera de conocer una realidad social es intentar transformarla.

### **Limitaciones y desafíos para las metodologías participativas en salud mental**

La perspectiva dialéctica de las metodologías participativas permite comprender que tanto el sujeto de la investigación como el sujeto investigado son producto de una relación social constitutiva en base a una mediación históricamente situada. En este sentido, el profesional de la salud mental, amparado en la institucionalidad sanitaria, reproduce y pone en práctica un discurso neutro, bajo la forma del saber objetivo, ya sea en definiciones técnicas, descripciones de casos y/o estrategias terapéuticas, adscribiéndose a un lenguaje especializado, a la naturalización de la etiqueta diagnóstica, a la imparcialidad del rol profesional que legitima cierto distanciamiento y evita los peligros del vínculo excesivo. De acuerdo a estos principios, la estructura autoritaria, coercitiva y jerárquica del rol profesional en el marco de la institucionalidad de la salud mental, inhibe en sí misma la reciprocidad de un encuentro con el otro en condiciones de igualdad y horizontalidad, principio básico de las metodologías participativas. Por lo tanto, una conclusión muy clara de este razonamiento, señala que no se puede realizar investigación participativa desde el rol profesional al amparo de la institucionalidad: a pesar de las buenas intenciones del profesional, su accionar está limitado de antemano.

En este sentido, la perspectiva ideológica que asume que el accionar profesional y la participación de la comunidad se complementarían en la consecución de fines compartidos como la detección y tratamiento de trastornos mentales, la promoción del autocuidado y el apoyo integral para mejorar la calidad de vida de los usuarios, constituye un espejismo que encubre el encuentro entre dos actores con desigual posición social donde los criterios de definición de las problemáticas y los campos de intervención están en directa conexión con los parámetros e intereses impuestos por la institucionalidad sobre la comunidad (Blais, 2002). Al mismo tiempo, otro de los elementos a considerar en las restricciones referidas anteriormente, es el análisis del contexto político en que se ha

desarrollado el modelo comunitario en salud mental. En un marco neoliberal, la privatización, descentralización y desregulación del rol y las funciones del Estado determina el tipo, el grado y alcance de la participación social así como sus orientaciones y perspectivas; de esta forma, en la medida que permanecen relaciones jerárquicas que propician el asistencialismo en la gestión de las políticas públicas, el empoderamiento desde arriba de las comunidades impone la lógica de aporte funcional a la reproducción del sistema, lo que permite reducir costos y resolver o manejar conflictos como formas de apaciguamiento y legitimación del modelo social imperante (Muñoz y Opazo, 2012).

Reconociendo las limitaciones anteriormente descritas, cabe señalar que para el desarrollo de metodologías participativas junto a la comunidad de usuarios de salud mental es necesario considerar su desarrollo histórico, en la medida que es un grupo que ha estado particularmente desfavorecido al tener que padecer condiciones de opresión institucional y situaciones de segregación social, lo que puede implicar serias dificultades para la participación en igualdad de condiciones. Las profundas implicancias sociales del modelo biomédico en salud mental en torno al estigma internalizado, la pasividad del rol de “enfermo mental”, la identidad social construida en torno a la etiqueta psiquiátrica, la supuesta incapacidad de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos para tomar decisiones por sí mismas y conducir su vida de manera autónoma; señalan la importancia de problematizar la condición social del sujeto usuario en el entramado de las relaciones de poder en nuestra sociedad así como cuestionar las barreras culturales que han limitado el ejercicio pleno de su ciudadanía. En este sentido, cabe preguntarnos en qué medida las metodologías participativas en salud mental representan una alternativa para transformar una realidad social que históricamente ha generado situaciones de violencia y exclusión hacia las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, y por otro lado, bajo qué condiciones las metodologías participativas pueden constituir una superación de la continuidad y persistencia de un modelo de atención en salud mental, profundamente discriminador en sus principios y fundamentos, que relega lo diferente al encierro detrás de los muros del hospital psiquiátrico o al enclaustramiento interno en el manicomio sin rejas que representa la etiqueta diagnóstica desde las prácticas discursivas del enfoque comunitario de salud mental.

En el caso de los usuarios de salud mental, hay dos condiciones que han limitado su autonomía en nuestra sociedad: asimetría en la distribución del saber y desigualdades en la distribución del poder. Esto sugiere que las metodologías participativas debieran tender a la democratización del saber y a la desinstitucionalización del poder en la comunidad, en base al reconocimiento mutuo en una tarea colectiva. Lo anterior implica una superación de la figura de la etiqueta diagnóstica que mantiene a las personas resignadas y sometidas a la autoridad

psiquiátrica, una superación de la condición de infantilización y pasividad que legitima situaciones de exclusión social incluso más allá del box de atención clínica, sino que en la casa, en el barrio, en la familia o al interior de su subjetividad, efecto de una sociedad profundamente desigual y segregadora (Locos por nuestros derechos, 2015).

Por lo tanto, los postulados de las metodologías participativas en salud mental expresan una alternativa para despertar del sueño loco de la razón psiquiátrica, cuestionar “la normalidad” hegemónica y subvertir todas las etiquetas que niegan nuestra humanidad en común, así como avanzar en la construcción de una sociedad sin instituciones con características manicomiales, que sea capaz de reconocer y validar las diferencias subjetivas en un marco de igualdad y reciprocidad (Vasconcelos, 2011). Las metodologías participativas en salud mental representan uno de los caminos posibles para visibilizar este horizonte de emancipación colectiva desde, junto y con la comunidad de usuarios de salud mental.

### **Nuevos caminos en la relación comunidad y salud mental**

A modo de cierre, cabe reconsiderar las contradicciones del enfoque comunitario en salud mental, modelo arraigado en el entramado social como brazo coercitivo del aparato estatal, que tiene en su cúspide a la psiquiatría biológica. En términos estrictos, el modelo biomédico ha ampliado sus relaciones de poder en base al desarrollo de la salud mental comunitaria en la medida que no ha sido posible su democratización. En este sentido, cabe denunciar en qué medida el corporativismo médico y el avance tecnológico de la industria farmacéutica suponen serios obstáculos al avance de un sistema intersectorial e integrado en salud mental, capaz de ofrecer cuidado social personalizado y salvaguardar los derechos humanos de los usuarios en la comunidad (Dimenstein, 2013).

La visión biológica de los padecimientos subjetivos ha consolidado la perspectiva que los sufrimientos psicosociales son similares a los problemas médicos. Este modelo establece que los trastornos mentales se deben a un funcionamiento anormal de partes del cerebro y que los fármacos psiquiátricos revierten total o parcialmente el proceso biológico subyacente que produce los síntomas de la “enfermedad mental”. Con un enorme respaldo institucional, los usuarios se van apropiando de este discurso en su interacción directa con los establecimientos de salud mental, en la forma en que describen sus dificultades a su entorno cercano y en la manera en que comprenden lo que les acontece en su vida diaria. Así, la persona cambia la manera de comprender su subjetividad en el proceso de buscar ayuda, solicitar atención, expresar su problema y pensarse a sí misma. Y esta realidad unidimensional se acrecienta en la comunidad con la territorialización de la asistencia psiquiátrica, con el aumento del gasto público en psicofármacos y la expansión creciente del

mercado farmacéutico bajo los principios de la salud mental comunitaria. En este proceso, la maquinaria institucional niega a su paso la capacidad que tiene la propia comunidad para explicar sus problemas y pensar sobre su situación como un agente activo en la comprensión de sus padecimientos subjetivos y en la resolución de sus dificultades.

Cuando los recursos y los esfuerzos se destinan inicial y prioritariamente en torno al psicofármaco, se está limitando el desarrollo de aproximaciones psicológicas y sociales desde la comunidad como alternativas más seguras y confiables para comprender y abordar nuestros padecimientos subjetivos. Cuando el medicamento se presenta como la mejor respuesta a nuestros problemas, la población en general, ansiosa en la búsqueda de una solución rápida a sus dificultades en un contexto sin mayores opciones ni alternativas, incorpora el discurso médico y avala prácticas que debiesen replantearse en su origen y fundamento. En este contexto, es necesario problematizar la función social de la salud mental comunitaria en el contexto de un neoliberalismo “democrático”, caracterizado por la privatización de los servicios sociales, la reducción de la protección estatal a políticas focalizadas y el aumento de la desigualdad en la distribución del ingreso (Ruiz y Boccardo, 2014). A su vez, problematizar en qué medida la funcionalidad política de la psiquiatría, como disciplina hegemónica en el campo de la salud mental, es promover una adaptación pasiva a las condiciones del medio, controlar y contener alteraciones del comportamiento en beneficio del disciplinamiento social, desplazando el origen de las dificultades individuales hacia las causas biológicas inmediatas, reduciendo considerablemente la posibilidad de intervenir sobre los determinantes económicos estructurales de los problemas sociales compartidos, en el marco del neoliberalismo (Moncrieff, 2006; Pérez, 2012).

En este panorama, las metodologías participativas en salud mental constituyen una herramienta de resistencia, un camino útil para valorar la voz de la comunidad. Construir espacios donde los usuarios puedan narrar sus experiencias con el padecimiento mental de acuerdo a sus propios marcos comprensivos es un paso necesario para construir nuevas formas de subjetividad. Abrir posibilidades para hacer efectivo el derecho que tienen las personas a contar sus historias y encontrar nuevas formas de hablar sobre su experiencia es un paso adelante en el camino hacia nuestra liberación colectiva. En este sentido, para una verdadera participación, los usuarios deben ser protagonistas en la comprensión de sus problemas, en la búsqueda de soluciones y en la toma de decisiones respecto a la administración de los recursos públicos para garantizar derechos sociales. Legitimar esta posibilidad de manera activa, es un paso a la ofensiva en un contexto neoliberal, en la perspectiva de fortalecer las bases sociales para emprender un camino colectivo hacia la justicia social, en la construcción de un Estado que garantice derechos sociales para todos.

Del mismo modo, la democratización de la salud mental depende de la presencia y la acción política de movimientos, actores y fuerzas sociales que presionan desde afuera y ocupan los espacios de lucha y gestión dentro del aparato del Estado, en la perspectiva de profundizar la participación social, subvertir las relaciones de poder y las representaciones sociales y culturales instauradas (Vasconcelos, 2011). Sin embargo, este movimiento social a su vez debe mantener una perspectiva crítica respecto al accionar de los organismos de gobierno así como cuestionar los intereses y privilegios de la comunidad de expertos que operan al servicio de la institucionalidad estatal en la medida que toda participación en la política pública proveniente del Estado neoliberal no será realmente participación. Por lo tanto, es necesario desarrollar una crítica al Estado subsidiario, a las políticas focalizadas y asistencialistas, a sus tendencias progresistas tendientes a la cooptación social como vías de integración y legitimación del modelo de salud mental dominante. Conservar este distanciamiento, esa autonomía crítica, no es un afán vacío si consideramos la historia: la gran mayoría (por no decir todas) las experiencias de participación en salud mental bajo los principios de la solidaridad grupal y el apoyo mutuo se han realizado al margen de la institucionalidad (Stastny & Lehmann, 2007).

En definitiva, las metodologías participativas en salud mental expresan una alternativa para el desarrollo de un movimiento social que pueda ejercer presión sobre el Estado para transformarlo y democratizarlo, como acción colectiva donde los profesionales pueden estar involucrados, pero cuya iniciativa debe ser liderada necesariamente por la comunidad de usuarios. Las metodologías participativas, en este sentido, representan una herramienta de ayuda mutua y colaboración recíproca entre profesionales y usuarios en posición de igualdad, en la medida que ambos son expertos en salud mental, por formación y por vivencia en primera persona. Por ello, también significan un camino posible hacia las futuras prácticas que giren en torno a nuestro bienestar personal y colectivo, en donde la alternativa al malestar subjetivo y la conducta diferente sea la contención de pares, el auto-cuidado, la reconstrucción del lazo social y la asunción colectiva de problemáticas compartidas, la aceptación de la diferencia y la eliminación de los estigmas sociales. Tal escenario, debiera dar lugar a un cambio cultural que sea capaz de articular, desde las grandes mayorías, una política pública de salud mental de sólida base ética, rigurosidad científica y equidad social. Con la esperanza intacta, la salud mental también puede ser un lugar desde cual intentemos cambiar el mundo.

## Referencias

- Basaglia, F. (1987). *Los crímenes de la paz*. México: Siglo XXI.
- Blais, L. (2002). Los movimientos sociales y la desinstitucionalización psiquiátrica. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Canadá: la experiencia en Ontario. *Cuadernos de Trabajo Social* 15, 63-81
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Cea-Madrid, J. C. y López-Pismante, P. (2014). Neoliberalismo y malestar social en Chile: perspectivas críticas desde la contrapsicología. *Teoría y crítica de la psicología* 4, 156-169
- Centro de Acción Crítica en Salud mental (2013). De la enfermedad a la diferencia. *Revista Chilena de Salud Pública* 17, (3), 213-217.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, 11, 43-72.
- Fals Borda, O. (1986). *Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Bogotá*. Bogotá: Siglo XXI.
- Fals Borda, O. (1991) *Algunos ingredientes básicos*. En Fals Borda, O. (1991). *Acción y Conocimiento. Como romper el monopolio con investigación-acción participativa*. (pp. 7-19). Santafé de Bogotá: CINEP.
- Ferullo, A. (2006). *El Triangulo de las tres P. Psicología, participación y poder*. Barcelona: Paidós.
- Foladori, H. (2001). ¿Qué psicología elegir? Algunos problemas epistemológicos. *Revista Pólis*, 1(1), 1-9.
- Foucault, M. (1993). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la piqueta
- Galende, E. (2001). *Psicoanálisis y Salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós
- Garcés, M. (2012). *El despertar de la sociedad. Los movimientos sociales en América Latina y Chile*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Gómez, M. (2005). La reconversión del Hospital psiquiátrico el Peral en Red comunitaria de Salud mental y psiquiatría. *Revista Cuadernos Médico-Sociales*, 45, 285 – 299
- Jiménez-Domínguez, B. (2008). *Ciudadanía, participación y vivencia comunitaria*. En Jiménez-Domínguez, B. (compilador). *Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina* (pp. 55-84). Buenos Aires: Paidós.

- Locos por nuestros derechos (2015). *Manual de Derechos en Salud mental*. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219-231
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 8, 1, 185-207
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 4-5, 346-358.
- Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R. & Funk, M. (2009). *Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria*. En Rodríguez, J. (ed). (2009). *Salud mental en la comunidad*. (pp. 89-103). Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile: Minsal.
- Miranda, G. (2000). *Psicología contemporánea: disciplina, profesión, formación*. Santiago de Chile: Ediciones UCSH.
- Miranda, G. (2008). *El enfoque comunitario en la articulación entre salud mental y salud pública: el caso chileno*. En Mañana, M. I. y Boada, M. J. (comp.) (2008). *Memorias del I Congreso ecuatoriano de psicología comunitaria. Desafíos de la psicología para el siglo XXI* (pp. 159-176). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Moncrieff J. (2006) Psychiatric drug promotion and the politics of neo-liberalism. *British Journal of Psychiatry*, 188, 301-302.
- Montenegro, M. (2004). *La investigación acción participativa*. En Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. & Montenegro, M. (compiladores), *Introducción a la Psicología Comunitaria* (pp. 78-97). Barcelona: Ed. UCO.
- Montero, M. (1999). De la Realidad, la Verdad y otras Ilusiones Concretas: Para una Epistemología de la Psicología Social Comunitaria. *Psykhe*, 8(1), 9-17
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8 (3), 615-626.
- Montero, M. (2010). Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la Psicología Social Latinoamericana. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (2), 177-191.

- Muñoz, S. y Opazo, A. (2012). *La perspectiva dialéctica y los límites de la investigación e intervención en ciencias Sociales: experiencias y discusiones*. En Villasante, T. (ed.) (2012). *Construyendo Democracias y Metodologías Participativas desde el Sur*. (pp. 289-314). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Observatorio de Derechos Humanos de las personas con Discapacidad mental (2014). *Derechos humanos de las personas con Discapacidad mental: Diagnóstico de la situación en Chile*. Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2013). *Consenso de Brasilia*. Brasil: OPS/OMS.
- Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago de Chile: LOM Ediciones
- Pérez, C. (1996). *Sobre la condición social de la psicología*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Romme, M. & Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. España: Fundación para la investigación para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Ruiz, C. y Boccardo, G. (2014). *Los chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social*. Santiago de Chile: Ediciones el desconcierto y Nodo XXI.
- Stastny, P. & Lehmann, P. (Eds.) (2007). *Alternatives Beyond Psychiatry*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Vasconcelos, E. M. (2011). Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental. *Atopos - salud mental, comunidad y cultura*, 11, 23-44.
- Villasante, T. (2010). *Historias y enfoques de una articulación metodológica participativa*. Cuadernos Cimas-Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible

---

Fecha de recepción: 2 de octubre 2014

Fecha de aceptación: 11 de marzo 2015