

SUBJETIVIDAD, SUJETO Y SALUD MENTAL: UN ESTUDIO DE CASO MÁS ALLÁ DE LA LÓGICA DE LA PATOLOGÍA².

Daniel Magalhães Goulart

Facultad de Educación, Universidad de Brasilia

Fernando González Rey

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo discutir algunas acciones orientadas hacia una ética del sujeto en el ámbito de la atención a la salud mental frente a los desafíos actuales en el contexto de la reforma psiquiátrica brasileña. En este sentido, se presenta un estudio de caso desde el marco de la teoría de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica, la epistemología cualitativa y la metodología constructivo-interpretativa, elaborado por González Rey. La participante de este estudio fue una mujer de 47 años, diagnosticada con trastorno bipolar y con una trayectoria de docenas de internaciones psiquiátricas. En la investigación, utilizamos el instrumento de sistemas conversacionales durante 36 meses, totalizando 70 reuniones. A partir del estudio de caso, discutimos que las estrategias institucionales pautadas por la flexibilidad y la apertura a las producciones subjetivas singulares de la persona atendida, incluso en situaciones de intensa fragilidad emocional, favorecen la generación de alternativas frente a la institucionalización todavía frecuente en el contexto brasileño. Este proceso es importante para la apertura de producciones subjetivas alternativas al trastorno mental y para la superación de la circunscripción del trabajo en salud mental centrado en la etiqueta diagnóstica de la persona atendida, aspectos fundamentales para alcanzar un trabajo fundamentado por una ética del sujeto.

Palabras-clave: Subjetividad, sujeto, salud mental, desinstitucionalización

Abstract

This paper aims to discuss actions geared towards an ethic of the subject in the field of mental health care in the face of current challenges in the context of the Brazilian psychiatric reform. In this sense, a case study is presented based on the framework of the theory of subjectivity in a cultural-historical perspective, qualitative epistemology and constructive-interpretive methodology, elaborated by González Rey. The participant of this study was a 47-year-old woman, diagnosed with bipolar disorder and with a history of dozens of psychiatric hospitalizations. In the investigation, we used conversational systems as the main instrument for 36 months, totalling 70 meetings. We discuss that institutional strategies based on flexibility and openness to the subjective productions of the users, even in situations of intense emotional fragility, favor the generation of alternatives to forms of institutionalization that are still prevalent in the context Brazilian. This process is important for the opening of alternative subjective

² Este artículo fue publicado por los autores originalmente en el idioma portugués como parte de un capítulo en el libro *Diálogos com a teoria da subjetividade: reflexões e pesquisas*. La referencia original es: Goulart, D. M.; González Rey, F. (2017). Subjetividade, sujeito e saúde mental: um estudo de caso para além da lógica da patologia. In: Mori, V. D.; Campolina, L. O. (Eds.). *Diálogos com a teoria da subjetividade: reflexões e pesquisas* (pp. 15-45). Curitiba: CRV. Dicho artículo se publica con cambios editoriales menores para adecuarlo a la política editorial de la revista.

productions to the mental disorder and for overcoming the circumscription of mental health attention focused on the diagnostic label of the user, which are fundamental aspects in order to achieve a work based on an ethic of the subject.

Keywords: *Subjectivity, subject, mental health, deinstitutionalization*

Introducción

Este artículo tiene como objetivo discutir acciones orientadas hacia una ética del sujeto en el ámbito de la atención de salud mental frente algunos desafíos actuales en el contexto brasileño. Para esto, construimos un estudio de caso a partir del marco teórico conceptual de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica y de la epistemología cualitativa, elaborados por González Rey (1997, 2003, 2005, 2013, 2014a; González Rey; Mitjans Martínez, 2017). De este modo, a partir del estudio de la subjetividad en este contexto son generados nuevos caminos de inteligibilidad sobre procesos complejos asociados con la dinámica institucional, al promover alternativas teóricas viables para el desarrollo institucional en el campo de la salud mental.

Estos presupuestos implican, primero, reflexionar sobre la poca atención sobre los procesos subjetivos implicados en las prácticas institucionales y las investigaciones científicas en este campo. Por tanto, nos parece relevante comprender algunos de los principales matices y desdoblamientos del modelo biomédico hegemónico en el campo de la salud desde mediados del siglo XIX, así como, el alcance y los desafíos actuales de las perspectivas críticas desarrolladas sobre este tema en las últimas décadas.

En ese sentido, el modelo biomédico basado en el ideario cartesiano y sus fundamentos filosóficos partieron de la certeza del conocimiento científico y de una concepción mecanicista de las funciones orgánicas (Canguilhem, 2004). De esta forma, la metáfora de la máquina pasó a dominar el núcleo de las acciones médicas, de modo tal que la enfermedad fue comprendida como la desregulación de esta máquina biológica. De hecho, como explica Camargo (1992, 2007), el eje principal de este modelo es la constitución de una “teoría de las enfermedades”, a desde la cual el trabajo médico ha estado orientado, sobre todo, a la identificación y cura de patologías, relegando al individuo concreto a un plano secundario en la atención profesional. Así, por definición, esta lógica atribuyó un carácter central al saber del especialista, que aparece como absoluto en relación con el “paciente”.

Aunque sea criticado por sus consecuencias en el campo de la salud física, el modelo biomédico ha sido influyente y practicado en los escenarios sociales más diversos (Canton, 2004). Por tanto, dentro de la pluralidad de posibles campos para su discusión, enfatizamos en este artículo algunos de los desdoblamientos de dicho modelo en el contexto de la salud mental, teniendo en cuenta que su apropiación por la psiquiatría hegemónica ha sido cuestionada por diferentes autores en las últimas décadas, generando diversas alternativas de producciones teóricas que han influenciado fuertemente muchos cambios concretos en las prácticas asistenciales.

Es importante destacar que tales críticas a la psiquiatría hegemónica a menudo han sido desarrolladas desde dentro de la propia psiquiatría. Es decir, lo que se está discutiendo son las premisas y las consecuencias de una lógica más amplia que atraviesa las prácticas de salud mental y no la importancia de un campo específico de conocimiento.

Estas perspectivas críticas fueron formando diferentes corrientes y llegaron a conocerse como movimientos de desinstitucionalización.

Estos movimientos de desinstitucionalización trajeron algunas críticas a las instituciones construidas en el período que Foucault (1977) designó como la gran internación. Un proceso que comenzó desde mediados del siglo XVII y marcó la emergencia de las casas de internamiento y de los grandes hospicios, que, unas veces obras de religión, otras obras de orden público, ejercieron la función paradójica de auxilio y punición, centrándose en la reclusión de personas consideradas entonces como miserables. Según este autor, los “locos” dentro de este grupo eran vistos como una amenaza para la condición social, ya que estaban demasiado descontrolados para el orden científico emergente, y se los consideraba no aptos para trabajar en una sociedad industrial. Por lo tanto, el hospital general debería ser el lugar de confinamiento para salvar a la sociedad de este peligro, promoviendo la posibilidad de un mayor control y vigilancia.

Con el surgimiento de la psiquiatría a principios del siglo XIX, sobre todo a partir de Pinel, la locura aún bajo la tutela estatal adquirió un nuevo significado y lugar social, con implicaciones políticas, religiosas, sociales y sobre todo morales (Foucault, 1977). Según Dimenstein (2013, p. 48): “La desrazón, el error y la ilusión son reducidos a la categoría de enfermedad mental”. Esta centralización en las categorías nosológicas descriptivas culmina en la naturalización del diagnóstico dado, que, según González Rey, consiste en reconocer la:

... naturaleza real de un problema en el rotulo, lo que lleva a la universalización de una condición que define las prácticas sociales despersonalizadas en relación con el “problema”, perdiendo de vista al sujeto que lo expresa y los contextos y prácticas sociales en los que se genera (González Rey, 2007, p. 155).

De manera congruente con algunos autores que han constituido movimientos de desinstitucionalización en las últimas décadas (Basaglia, 1985; Rotelli, 1994; Foucault, 2006), González Rey (2007) afirma que fue precisamente sobre la base biomédica que los manicomios fueron desarrollados como ideología responsable, no solo por la aparición de la institución, sino por la creación de una lógica pautada por el estigma de la anormalidad. En esa perspectiva, las instituciones de salud promueven tratamientos con el objetivo de “curar la enfermedad”, pero ocultando el problema político y social en cuestión, que incluye la crítica del sistema social que integra a las personas con trastornos mentales y las propias instituciones de salud. Así, la intención parece ser reprimir y combatir el problema, en detrimento del desarrollo de recursos que podrían favorecer producciones sociales alternativas.

La conformación institucional asilar, como afirma Basaglia (1985), culmina en la objetificación de la persona en sufrimiento. Según el autor, dicha objetificación debería verse como el resultado de un modelo científico que impuso a algunas personas la carga de vivir con trastornos asociados con una alteración biológica, de una manera indefinida, contra la cual poco se puede hacer, a no ser aceptar dócilmente su diferencia de la norma. En esta configuración institucional residiría la acción tutelar de los servicios psiquiátricos, a fin de restringir la acción profesional para definir, catalogar y manejar las supuestas enfermedades mentales.

No obstante, aunque coincidieron en el rechazo de la violencia, la falta de respeto a los derechos humanos y la falta de libertad, los movimientos de desinstitucionalización, que se desarrollaron de las llamadas reformas psiquiátricas, produjeron contenido diferenciado, de acuerdo con las decisiones políticas tomadas ante el desafío de enfrentar las

instituciones manicomiales (Barros, 1994). En términos generales, en este proceso surgieron dos propuestas principales. La primera representaba las propuestas desarrolladas en los Estados Unidos (Caplan, 1980), Francia (Tosquelles, 2001) e Inglaterra (Jones, 1962), que, a pesar de sus diferencias significativas, favorecieron la construcción de servicios asistenciales alternativos en la comunidad, centrándose en el debilitamiento progresivo del manicomio al cambiar el énfasis en lo asistencial. La segunda propuesta, más radical e influyente en Brasil, fue la Psiquiatría Democrática Italiana (Basaglia, 1985; Rotelli, 1994), que enfatizó la necesidad fundamental de dismantelar los manicomios en un proceso de subversión de su funcionamiento y lógica. A pesar de que se propuso un cambio más lento, el foco de este movimiento fue la transformación definitiva a través de la construcción simultánea de servicios territoriales substitutivos.

De igual modo que la psiquiatría democrática italiana, el Movimiento de la Antipsiquiatría (Cooper, 1967; Szasz, 1960) fue una corriente que también propuso una ruptura más drástica con la psiquiatría hegemónica. Amarante (1995) y Santiago (2009) afirman que, a pesar de sus diferencias, el punto común entre estos dos movimientos fue la propuesta de una transformación del objeto de la psiquiatría: en lugar de la dicotomía tradicional de salud/enfermedad, se propone un cambio para la concepción existencia/sufrimiento, que es inseparable de las relaciones humanas desarrolladas en el cuerpo social. En esta perspectiva, es necesario trabajar en alternativas en todo el aparato social involucrado en esta práctica, tanto en términos teóricos como prácticos, así como en la reorganización de las instituciones involucradas: asistenciales, jurídicas, administrativas y de diagnóstico.

En general, a partir de estas corrientes críticas más radicales, el énfasis deja de centrarse en la recuperación de un estado anterior y supuestamente saludable del individuo para colocar el foco en la producción de nuevas posibilidades para el desarrollo individual y social. Estas ideas fueron la base de importantes transformaciones en las políticas públicas relacionadas con la atención de la salud mental, como es el caso de Brasil. Sin embargo, tales transformaciones hoy enfrentan límites y desafíos que exigen nuevos avances teóricos y metodológicos para alcanzar nuevos niveles de desarrollo.

Reforma psiquiátrica y algunos de sus desafíos actuales en Brasil

Aunque no está dentro del alcance de este artículo profundizar este complejo proceso, parece importante destacar que el proyecto de reforma psiquiátrica brasileña nace de manera articulada con los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), en el que, desde principio de la década de 1990, se destaca el acceso a la salud como un derecho del ciudadano y deber del estado, basado en los principios de integralidad, equidad y universalidad. Desde esta perspectiva, la atención de salud mental amplía su alcance y comienza a dialogar con la complejidad constitutiva de los procesos humanos, lo que requiere atención profesional interdisciplinaria, más allá de la circunscripción del alcance tradicional de las áreas de salud (Amarante, 1995; Dimenstein, 2013).

Esas ideas constituyen la base de la Política Nacional de Salud Mental, respaldada por la Ley 10.216/2001, que postulan los Centros de Atención Psicosocial (CAPS)³ como su

³ Los distintos tipos de CAPS varía según la estructura física, diversidad de las actividades ofrecidas y la cantidad de profesionales y especificidad de la demanda:

a) Los CAPS I e CAPS II ofrecen atendimientos diurnos a personas con trastornos mentales graves variando de acuerdo con el tamaño de la población asistida. En cuanto el primero se destina a poblaciones de hasta 70 mil habitantes, el segundo atiende poblaciones de 70 a 200 mil habitantes y todavía puede haber un tercer turno (fuera del matutino y vespertino) hasta las 9 horas de la noche.

principal dispositivo institucional (Brasil, 2004). En términos generales, su objetivo central es el desplazamiento del centro de atención fuera del hospital, hacia el territorio existencial de las personas atendidas, en un proceso de desinstitucionalización de la persona en sufrimiento psíquico (Brasil, 2010). En otras palabras, la asistencia se dirige a las múltiples formas de relacionarse con las personas atendidas de acuerdo con sus formas de vida concretas, dejando de ser pautada por objetivos institucionales como los del tradicional modelo manicomial (Barros, 1994; Rotelli, 1994). Es un intento formal de romper con la idea de un curso natural de la enfermedad, favoreciendo la emergencia de “nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos” (Amarante, 2009, p. 1).

Sin embargo, a diferencia de la idealización de la política pública, en la actualidad se percibe una carencia de alternativas institucionales para que esta política sea efectiva. En este sentido, a pesar de ser reconocidos varios avances de las nuevas configuraciones institucionales resultantes de la reforma psiquiátrica, Rotelli, Leonardis y Mauri (2001) señalan la existencia de una nueva cronicidad, resultante de la condición de deshospitalización, que a menudo no acompaña el gradual y complejo proceso de desinstitucionalización de la persona atendida.

En Brasil, aunque la financiación de los servicios sustitutivos de salud mental se ha expandido en las últimas tres décadas y, desde 2006, ya es mayor en comparación con la inversión en servicios destinados a las internaciones psiquiátricas (Brasil, 2012), aún se enfrentan numerosas dificultades para expandir la red sustitutiva de atención de salud mental. En este sentido, Dimenstein (2013) señala dificultades en el alcance, accesibilidad y diversificación de las acciones institucionales emprendidas, en la calificación profesional y sostenibilidad de las iniciativas en el plano jurídico y financiero. Según la autora, este escenario culmina en la desarticulación entre los propios servicios sustitutos, entre estos servicios y otras instancias del SUS, así como el distanciamiento de las acciones de salud mental de otras instancias sociales, como las relacionadas con la vivienda y el trabajo. Esta imagen culmina en una reforma que se ha limitado en gran medida a los propios servicios. De ese modo, Dimenstein (2013, p. 69) afirma: “Sin intervención en estos otros frentes, los antiguos manicomios continuarán llenos y las nuevas estructuras, a pesar de toda su buena voluntad y técnica, no podrán incidir en ese modo de funcionar que los hace operadores aquello que quieren combatir”.

Esta situación se ve agravada por la confusión recurrente entre los principios rectores de la reforma psiquiátrica y las concepciones y prácticas profesionales aún cristalizadas del paradigma hospitalocéntrico. Según Lucchese y Barros (2009), esto puede ser un importante desdoblamiento en la formación profesional, que todavía se basa en el antiguo modelo de atención de la salud. Un tema también destacado por Alverga y Dimenstein (2006), cuando se refieren a los problemas de la calificación profesional. Esto culmina en una realidad en la que la lógica biomédica centrada en el discurso sobre la enfermedad sigue siendo hegemónica y sustenta las prácticas institucionales en la vida cotidiana. Desde esta óptica, muchas instituciones aún mantienen una lógica de manicomial, favoreciendo la dependencia del usuario al servicio.

b) Los CAPS III también ofrecen atendimientos a personas con trastornos mentales graves, pero son servicios que funcionan 24 horas por día y atienden a poblaciones de más de 200 mil habitantes.

c) Los CAPSi ofrecen atendimiento a niños y adolescentes con trastornos mentales.

d) Los CAPSad ofrecen atendimientos para los usuarios de alcohol y otras drogas, pudiendo poseer cuartos de reposo, con la finalidad exclusiva de tratamiento de desintoxicación (BRASIL, 2004).

Como será más detallado en la parte metodológica de este trabajo, el escenario de investigación para este estudio es un CAPS II, localizado en el Distrito Federal de Brasilia.

Según nuestra posición teórica, la consecuencia más problemática de la atención pautada por la lógica de la patología es la eliminación del potencial de cambio del campo de acción de la persona considerada enferma. Si bien, por un lado, esta lógica estandariza las técnicas y la visión de enfermedad mental a que se remite, por otro, se muestra resistente a la atención del “núcleo vital” que articula los diversos elementos y hace posible la emergencia de cualquier enfermedad mental. En otras palabras, debido a la normativización de los procesos de salud, se opta por la exclusión de las singularidades (Goulart, 2013a, 2019a, 2019b).

Una expresión recurrente de este cuadro en la vida cotidiana de los CAPS es la permanencia de algunos usuarios en las actividades terapéuticas de la institución durante varios años, de manera contraria a la propuesta original de los CAPS como servicios que ayudan en el proceso de reconstrucción de los espacios sociales, familiares y comunitarios, orientados al desarrollo progresivo de la autonomía de la persona atendida y a evitar la dependencia del usuario (Brasil, 2004). En tales casos, la cronificación del usuario es inevitable y la función emancipadora que debe cumplir la institución se ha visto comprometida en gran medida (Goulart, 2013b). En ese sentido, el espacio institucional desaparece para la promoción de una ciudadanía que debe considerar las diferencias, cristalizando una configuración institucional que, sumada a la carencia de vínculos sociales y la fragilidad emocional de los usuarios, asocia de manera permanentemente trastorno mental y exclusión social. De este modo, se instaura un vacío institucional que parece imposibilitar el desarrollo de la ciudadanía de estos usuarios en situaciones de evidente vulnerabilidad.

Las consecuencias de estos procesos parecen estar vinculadas a la falta de responsabilidad individual por parte de las personas atendidas en relación con el tratamiento y, en general, a la falta de protagonismo vinculado a su propio desarrollo personal. En este sentido, es una expresión de la lógica manicomial persistente, que todavía está presente en la vida de los usuarios, no en forma de muros y rejillas, sino en la calidad de las producciones subjetivas en el curso de sus experiencias institucionales (Goulart, 2013a, 2016, 2017; Goulart; González Rey, 2016).

En este escenario, nos parece fundamental ampliar las perspectivas para pensar sobre los fenómenos que van más allá de las formalidades y los discursos oficiales. Es decir, no es por ley que los cambios idealizados se materializarán en las relaciones humanas cotidianas, pues las producciones subjetivas van más allá de las intenciones y formulaciones abstractas de las políticas públicas de salud mental. Por tanto, es esencial prestar atención a lo que sucede en la vida cotidiana, percibiendo los obstáculos y dificultades para que los cambios sustanciales en las políticas y tratamientos sean implementados, así como, se puedan identificar los recursos que ya están disponibles en la actualidad.

Salud y desarrollo humano: de la lógica de la patología a la configuración subjetiva de la experiencia.

Las discusiones presentadas hasta aquí apuntan a un eje común, sin el cual las nuevas estrategias asistenciales basadas en la desinstitucionalización parecen estar condenadas al fracaso: la importancia de conocer las formas en que las personas atendidas organizan sus experiencias, desde sus propios parámetros y posibilidades. Así, reconocer la existencia de importantes potencialidades y barreras para el desarrollo personal constituyen elementos clave para los alcances y las limitaciones de la atención en los servicios de salud mental (Goulart, 2013b, Goulart, 2019a, 2019b). Desde esta

perspectiva, las alternativas teóricas son necesarias para comprender una organización de este tipo, más allá de los cambios en las políticas públicas, en las técnicas y en las formalizaciones de servicios y equipos de salud. En este artículo, pretendemos avanzar en la discusión de las acciones orientadas para una ética del sujeto existente en los servicios sustitutivos de salud mental, fundamentada en el marco de la teoría de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórico (González Rey, 2003, 2007, 2011, 2013, 2014a, 2016, 2018). Tal discusión nos parece importante, ya que, si bien va más allá de las discusiones excesivamente abstractas sobre la desinstitucionalización, apunta para la importancia de las acciones institucionales ya implementadas actualmente que podrían usarse como referencia para apoyar nuevas estrategias para la emergencia de personas atendidas como sujetos de sus procesos vitales.

De acuerdo con González Rey (2011), la salud no debe concebirse como un atributo estandarizado que uno tiene o no, sino como la calidad de los procesos de vida. En este sentido, percibida como una expresión integral del desarrollo humano, su promoción solo puede ser comprendida, en su complejidad, como resultado del funcionamiento de la sociedad en tanto sistema, incluidas las configuraciones institucionales en esa actividad (González Rey, 2004).

Desde esta perspectiva, la salud no puede ser entendida por categorías puramente descriptivas y distantes de la experiencia de las personas, sino como un sistema complejo que implica subjetividades individuales⁴ y los diversos juegos que actúan sobre subjetividades sociales⁵ que conducen a múltiples constelaciones de factores que se configuran fuera de la intencionalidad de sus actores. La salud, como todo proceso social, se entiende en su dimensión histórica, por lo que sus manifestaciones cambian con el desarrollo de la humanidad. Al ser entendida como una parte esencial del desarrollo humano, la definición de salud se vuelve inseparable de las diversas dimensiones actuantes en la vida humana. Por tanto, el trabajo con la salud mental amplía su alcance y está vinculado a la complejidad con la cual la salud mental en sí misma se promueve, o se ve en desventaja, en la vida cotidiana de las personas. Esto implica articulaciones entre dimensiones que a menudo se consideran fragmentadas y distantes de este trabajo, como la cultura, el trabajo, la política y la educación.

Este cambio en la comprensión de la salud promueve diversas reflexiones sobre las concepciones y prácticas institucionales, por lo que la noción misma de trastorno mental se cuestiona en su definición. Vale la pena recordar que la experiencia de la “locura” fue naturalizada por el discurso biomédico como una enfermedad mental, marcando a las personas con etiquetas de diagnóstico que se referían solo a los síntomas visibles por los profesionales, lejos de la atención al valor de sus experiencias singulares. En la mayoría de los casos, el Psicodiagnóstico ya no es tan importante para pensar en formas más apropiadas de aproximación al otro y se ha convertido en una descripción formal, lo que resulta en la circunscripción de las potencialidades terapéuticas dentro de los límites estrechos de su propia definición. Este proceso incluso culminó en una lógica

⁴ La subjetividad individual se refiere a los procesos y formas de organización subjetiva del individuo, que incorporan, contradicen o confrontan permanentemente los espacios sociales de subjetivación. En este nivel, surgen las historias constitutivas únicas de los diferentes individuos (González Rey, 2003).

⁵ La subjetividad social articula los sentidos subjetivos, que, siendo producidos en diferentes esferas de la vida social, están presentes de diversas maneras en cualquier grupo u organización social en el momento preciso de su funcionamiento. En este sentido, no es externo a los individuos, sino una producción imaginaria que caracteriza la forma en que las experiencias sociales son subjetivadas por un grupo social (González Rey, 2015).

psicoterapéutica que ocultaba a la persona y sus posibilidades de convertirse en sujeto de su propio proceso de desarrollo.

A diferencia de esta concepción hegemónica sobre el trastorno mental, González Rey (2011, pp. 21 y 22) lo comprende como la “[...] la emergencia de un tipo de configuración subjetiva⁶ que impide al sujeto producir sentidos subjetivos⁷ alternativos que le permitan nuevas opciones de vida frente a los rituales perpetuados por esta configuración, al hacerse dominante”, siendo una fuente de sufrimiento para la persona. El trastorno mental se caracteriza por la parálisis de la persona frente al conflicto experimentado, y no está constituido por una configuración subjetiva que puede definirse a priori, sino por el resultado de los desdoblamientos subjetivos singulares que ocurren en el curso de la experiencia de la persona, en estrecha relación con diversas dimensiones y momentos importantes de tu vida. Desde esta perspectiva, el trastorno mental no sería una enfermedad, sino una configuración subjetiva actualizada en un proceso de vida.

El distanciamiento de la idea de patología se explica por su carácter normativo y universal, que contradice las expresiones subjetivas diferenciadas de las personas. Aunque dentro de un mismo rótulo diagnóstico se pueden percibir muchos elementos comunes, no podemos ignorar el carácter singular de las configuraciones subjetivas individuales que los expresan. De este modo, cuando entendemos que la expresión de un trastorno mental no implica un rasgo psicológico aislado, sino una organización subjetiva compleja integrada en una red social concreta, nuestra visión de los problemas implicados en esta discusión se transforma en gran medida (Cesario; Goulart, 2019; Mourão y Goulart, 2019). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta incapacidad de producción subjetiva alternativa que caracteriza la emergencia del trastorno se produce dentro de la red de relaciones sociales que caracteriza la vida actual de las personas. Por tanto, no es una incapacidad puramente individual para adaptarse a un sistema específico de relaciones sociales, sino también la expresión de las limitaciones de la subjetividad social para favorecer espacios capaces de generar producciones subjetivas diferenciadas. A menudo, la intolerancia en la vida social y la falta de oportunidades para el desarrollo personal y social conducen a procesos de exclusión que se construyen socialmente como patologías de aquellos individuos que son excluidos.

El valor heurístico de estudiar las configuraciones subjetivas en el contexto de la salud mental es precisamente que no disocia las tramas concretas de la vida de una persona de los procesos que culminan en la situación de sufrimiento, superando la tendencia hegemónica todavía a reificar el trastorno mental. Desde este punto de vista, “[...] a diferencia del concepto de patología, el concepto de configuración subjetiva nos permite ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo y diferenciado, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona” (González Rey, 2011, p. 105). Además, es a la par posible y en efecto, constituye su centro de atención el desarrollo de procesos para superar esta condición de parálisis subjetiva frente al

⁶ González Rey (2009, p. 218) afirma que la configuración subjetiva “... es una organización relativamente estable de sentidos subjetivos relacionados con un evento, actividad, o producción social determinados”. Desde esa óptica, las configuraciones subjetivas no son estáticas, sino que expresan la dinámica de las formaciones psicológicas que sintetizan tanto la pluralidad de experiencias de una historia vivida, como los múltiples contextos sociales que se actualizan en la experiencia presente de una persona o de un grupo social (González Rey, 2011).

⁷ El concepto de sentidos subjetivos representa la unidad simbólico-emocional, que marca la definición ontológica de un tipo de fenómeno humano cualitativamente diferenciado, que, en su procesualidad de organización y ruptura, define el sistema más amplio denominado subjetividad (González Rey, 2003).

sufrimiento experimentado. Este proceso de abrir nuevos caminos de desarrollo en relación con las normas sociales y el propio sufrimiento es lo que González Rey (2003, 2011) conceptualiza como la emergencia del sujeto. Según el autor, ser sujeto no significa un estado adquirido definitivamente en la vida, sino una condición momentánea a ser conquistada siempre en la acción, en medio de las relaciones sociales involucradas en los procesos de subjetivación. Por tanto, se puede decir que el sujeto constituye el momento vivo y creativo de la organización histórica de su subjetividad. De esta forma, ser sujeto no es el resultado lineal de un proceso relacional que representa a la persona atendida como objeto, sino precisamente se expresa en la capacidad de tomar una posición que sea significativa para su momento actual de desarrollo.

En el contexto de la salud mental, consideramos que la persona atendida emerge como sujeto de su proceso de vida en aquellos momentos en los que se posiciona activamente en los espacios sociales que constituye, no se somete a la etiqueta de su diagnóstico, ni se asume como objeto de preceptos técnicos para ser cumplidos y elaborados por especialistas. En ese proceso, la persona asistida amplía su capacidad para promover alternativas de desarrollo que no obstaculicen su campo de acción en el mundo. Se trata de no ponerse en una búsqueda angustiada por la “cura de su enfermedad”, sino de actividades que culminen en la promoción de su salud (Goulart, 2013a, 2015, 2019a, 2019b).

Para alcanzar un trabajo que enfatice la emergencia de esa condición momentánea, es necesario hacer que los métodos utilizados para aproximarse a la persona atendida sean más flexibles, buscando formas creativas de desplazar el atendimento para el encuentro con los individuos. Por tanto, nos referimos a un trabajo que abandona la lógica del procedimiento técnico-prescriptivo y se convierte en una ética del sujeto (González Rey, 2011). En este caso, es la relación terapéutica la que es pauta por el favorecimiento de la condición del sujeto y no al revés. De esta manera, el tratamiento puede representar el escenario de la participación activa del sujeto en la vida, un proceso mucho más allá de una guerra a su trastorno mental (Goulart, 2015).

Como hemos discutido en diferentes trabajos (Goulart, 2013a, 2013b, 2015, 2019a, 2019b), el trabajo en salud mental que se enfoca en una ética del sujeto está comprometido con la integralidad del desarrollo de la persona atendida. En ese proceso, se encuentra entrelazado con una función educativa en la vida del otro, mientras recurre a la producción crítica y reflexiva de nuevas formas de estar en el mundo. Desde esta perspectiva, concebimos la educación como un proceso relacional implicado con la construcción de nuevas formas de inserción social, comprometiéndose con procesos de reflexión, cambio y crítica de la propia condición social (González Rey, 2009). En resumen, es una atención de salud mental que confiere un valor central al modo de vida (González Rey, 2011) y a las tramas concretas de una situación social y personal particular, por lo que constituye un cuidado más allá de la frontera del servicio de salud mental.

De acuerdo con las contribuciones teóricas ya presentadas, el objetivo de este artículo es discutir, a partir de un estudio de caso, acciones enfocadas para una ética del sujeto dentro del ámbito de un CAPS del Distrito Federal (DF) de Brasil, al considerar los desafíos actuales en el contexto brasileño previamente abordados. De forma más específica, este trabajo está orientado a generar inteligibilidad teórica sobre casos concretos atendidos hoy y buscar superar la brecha entre la teoría y la práctica, tan frecuente en el trabajo científico y las prácticas institucionales en el campo de la salud mental. El estudio de caso utilizado como hilo conductor de esta discusión se construyó en el curso de investigaciones, cuyos objetivos principales fueron: (1) comprender los

procesos subjetivos de la institucionalización presentes en un CAPS de Brasilia DF y (2) avanzar en la explicación de estrategias institucionales con énfasis en el proceso de desinstitucionalización a través de la articulación entre educación, salud mental y desarrollo de las personas atendidas.

Principios metodológicos

Con el propósito de desarrollar nuevas reflexiones epistemológicas que apoyaran una elaboración metodológica consistente con el estudio de las dinámicas subjetivas, González Rey (1997, 2005, 2014b, 2019) elaboró la Epistemología Cualitativa, fundamentada en el método constructivo-interpretativo, ambos utilizados como referencias para este estudio de caso. Este referencial es sustentado por tres principios epistemológicos orientadores: la singularidad como fuente legítima de producción de conocimiento científico; la dialogicidad; y el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento.

A partir de estos principios, la investigación científica tiene como objetivo construir modelos teóricos de carácter explicativo sobre el problema estudiado y no la caracterización de las poblaciones (González Rey, 2005). Los desdoblamientos metodológicos de esta concepción enfatizan la calidad de la relación establecida con las personas investigadas, tornando posible construir una relación de confianza que viabilice una comunicación auténtica permeada por la emocionalidad de las personas involucradas (González Rey, 2005, 2014). En este sentido, la calidad y el rigor de la investigación no reside en la aplicación rígida y estandarizada de instrumentos preestablecidos, sino en la calidad de la información construida.

Lugar de investigación

La investigación fue realizada en un CAPS II del Distrito Federal, servicio público especializado en la atención de salud mental. Este servicio se inauguró en 2006 y ha sido considerado como una referencia regional en atención a la salud mental, principalmente debido a la calidad reconocida de la asistencia brindada, y también porque es un servicio que sirve a varias regiones del DF, lo que va más allá de los límites establecidos para la población de un servicio con estas características (Brasil, 2004). Este diferencial fue lo que nos llevó a elegir esta institución como lugar de investigación.

Participantes

La participante de este estudio de caso se llama Miriam⁸. Cuando comenzamos nuestros contactos, ella tenía 47 años y era una mujer simpática que se mostraba muy conversadora. Madre divorciada de tres hijos (aunque todavía vivía con su ex esposo, que se convirtió en un “compañero”), vivía en una ciudad en el estado de Goiás, a 80 km del CAPS, donde había estado recibiendo tratamiento durante unos tres años. En este sentido, tuvo un largo tratamiento en el servicio, considerando los parámetros institucionales idealizados para esta modalidad institucional (Brasil, 2004). Fue diagnosticada con trastorno bipolar y su historial estuvo marcado por docenas de internaciones psiquiátricas que comenzaron cuando tenía 18 años.

En su vida, Miriam había trabajado como profesora de niños y adolescentes, así como en diversas actividades comerciales. En el momento de la investigación, ella no estaba

⁸ Por su propia solicitud, utilizamos el nombre propio de Miriam, no un nombre ficticio.

trabajando y su apoyo financiero provenía de su ex esposo y de la ayuda esporádica de dos hermanas.

La **construcción del escenario social de investigación**⁹ (González Rey, 2005) se produjo de forma espontánea y tranquila. Después de acompañar algunas actividades en las que Miriam era parte del servicio, el primer autor se acercó a ella y en algunos pocos encuentros creamos un vínculo que nos permitió profundizar el desarrollo de la investigación. Miriam se mostró muy interesada en los diálogos desarrollados y las propuestas ofrecidas sobre su proceso, siendo esclarecidos los objetivos de la investigación. Posteriormente pasamos a firmar el modelo de consentimiento informado.

Instrumentos

De forma congruente con la Epistemología Cualitativa y la Metodología constructiva-interpretativa, los instrumentos no se conciben como generadores directos de respuestas conclusivas, sino que favorecen la relación entre el investigador y los participantes de la investigación, siendo entendidos como cualquier situación o recurso que permita al otro expresarse en el contexto que caracteriza la investigación. Se trata aquí, de un giro de una epistemología de la respuesta para una epistemología de la construcción (González Rey, 2005, 2019).

En el caso de esta investigación, utilizamos el instrumento denominado como sistemas conversacionales (González Rey, 2005). En él, el investigador sugiere temas generales, para que el participante se involucre, con el fin de respetar los temas de interés abordados por él. A diferencia de la epistemología centrada en la respuesta, el diálogo no se dirige a la producción de contenido posible de significación inmediata por el mismo artefacto que lo produjo; lo que se busca es la expresión comprometida del otro que se expresa (González Rey, 2005).

El período total que comprendió el desarrollo de los sistemas conversacionales con Miriam fue de 36 meses entre 2012 y 2015, totalizando alrededor de 70 reuniones. Los diálogos tuvieron lugar en diferentes escenarios, tanto durante como fuera de las actividades de servicio, como se explica a continuación:

a) **Grupo de redes:** taller terapéutico dirigido a usuarios considerados en condiciones de construcción del proceso de alta institucional, pero que expresaban dificultad para separarse del CAPS y construir su propia red territorial en un proceso de rehabilitación social. Su objetivo, según los profesionales que lo diseñaron, era mejorar los recursos personales de los participantes a través del trabajo articulado en su red social. En total, el primer autor participó en 30 encuentros grupales, con una duración aproximadamente de una hora y media cada uno.

b) **Visitas a la internación psiquiátrica:** como se detallará en la construcción de información, en cierto momento de mi participación en el grupo de redes, Miriam pasó por un proceso de internación en un hospital psiquiátrico regional, debido a una crisis psicológica experimentada. En este sentido, algunos profesionales del servicio se

⁹ La construcción del escenario social de la investigación representa la creación de un espacio social que permite la implicación afectiva de los colaboradores con la investigación y con el investigador (González Rey, 2005). Ese proceso se sustenta teóricamente por la idea de que no hay configuraciones subjetivas que puedan ser estudiadas fuera de las relaciones personales y los momentos significativos para los participantes.

organizaron para visitarla en este otro servicio, por lo que el primer autor tuvo la oportunidad de acompañarlos en las tres ocasiones en que esto ocurrió.

c) **Momentos informales:** Se trata de momentos de valor para la investigación, en los que emergían diálogos significativos con Miriam que estaban fuera del guion originalmente planeado, lo que posibilitó la construcción de varios indicadores importantes para la investigación. Algunos ejemplos de estos momentos fueron: conversaciones “de corredor”, participación de algunos momentos de convivencia entre la participante y los profesionales del servicio, acompañamientos de algunos atendimientos y abordajes profesionales con la participante, así como de actividades fuera del CAPS, como caminatas por diferentes regiones del DF y eventos culturales promovidos por el propio servicio en áreas públicas de la ciudad.

Construcción de información

Como fue expuesto anteriormente, el objetivo de una investigación científica basada en la Epistemología Cualitativa (González Rey, 1997, 2005, 2014b) no radica en la representación isomórfica de una realidad dada, sino en la construcción de un modelo teórico que solo toma forma y consistencia a través del desarrollo progresivo de hipótesis relacionadas con el tema investigado.

La elaboración gradual de estas hipótesis se hace posible mediante el proceso de construcción de los indicadores durante la investigación. Estos serían, de acuerdo con González Rey (1997, 2005, 2014b, 2019; González Rey; Mitjans Martínez, 2017), los elementos que adquieren significado a través de la interpretación del investigador y que, a medida que se desarrolla la investigación, ganan cuerpo y forman cadenas de significación, de modo que los indicadores anteriores se convierten en materias primas para los que son construidos más adelante. Desde esa lógica, los indicadores no surgen linealmente del instrumento de investigación concreto, sino que son producidos a través de lo que el investigador puede construir a partir del instrumento. Más que eso, es importante enfatizar que esta construcción no sigue una lógica abstracta como parámetro invariable para la interpretación, sino que solo adquiere una u otra significación de acuerdo con los intereses científicos del investigador y de los objetivos propuestos para el estudio. Es a través de la articulación de diferentes indicadores, de donde se elaboran hipótesis más consistentes que gradualmente conducirán al modelo teórico resultante de la investigación.

La situación discutida en esta construcción de información es la movilización del equipo de profesionales y las estrategias de acciones establecidas frente al proceso de internación psiquiátrica de Miriam, participante del grupo de redes, desarrollado durante el proceso de investigación. Sobre su proceso de internaciones psiquiátricas recurrentes, dice ella, en una reunión grupal de redes:

Yo ya tuve mucha internación psiquiátrica en mi vida... ya conocí los manicomios en todos los lugares: Rio de Janeiro, Belém do Pará... ¡Aquí en esta misma región conozco todas las clínicas! Desde los 18 años, yo estoy interna prácticamente todo el año e inclusive tuve un año en el que lo hice más de una vez... Llega la crisis y luego no hay forma, voy a parar junto con los locos en el sanatorio... (Miriam).

Otro trecho de conversación de Miriam que se torna importante para esta construcción tuvo lugar en un momento informal:

Este es el trato. Si voy bien, mejorando, recuperando mis cosas, el médico disminuye la medicación. Solo que llega un momento en que me pongo muy acelerada y termino siendo internada. Luego vuelve todo de nuevo. La medicación

vuelve a estar muy alta, yo me quedo mareada... Muriendo de sueño y perezosa para hacer cualquier cosa... Hasta ir mejorando nuevamente y así sucesivamente... Esto es cíclico (Miriam).

Lo que Miriam dice sobre su historial de internaciones periódicas y frecuentes puede verse como un indicador de que el énfasis en los aspectos sintomáticos parece prevalecer sobre la consideración de la singularidad de su producción subjetiva. Más que eso, esta situación parece expresar un aspecto importante relacionado con la configuración subjetiva social de la institucionalización por parte del servicio investigado: la subjetividad social hegemónica de la institución asocia directamente la crisis psicológica con un retroceso en el tratamiento. En este sentido, a través de un proceso de crisis, en especial si va acompañado de internación psiquiátrica, como sucedió con frecuencia en la historia de Miriam, la construcción del proceso de alta institucional parece alejarse de la realidad y los logros del tratamiento parecen descartarse.

En esta lógica, podemos pensar que las formas en que se abordan las crisis generalmente juegan un papel importante en la cronificación de un círculo vicioso recurrente, que, de hecho, no parece cuestionarse. En este proceso, a menudo, gradualmente, la persona atendida desarrolla y logra nuevas conquistas en su tratamiento, pero debido a una multiplicidad de cuestiones (incluidas las presiones sociales sufridas debido a las propias transformaciones emprendidas en su vida), terminan generando una nueva crisis. En ese momento, con frecuencia es internada y su tratamiento, una vez más, es concebido y tratado por los mismos profesionales, como un retorno al “punto de partida”, considerando la asociación directa entre crisis y retroceso. En el caso de la internación, después de la crisis, la persona regresa al CAPS, se desarrolla de manera limitada de nuevo hasta el estallido de otra crisis y todo vuelve a retornar.

Este círculo vicioso puede verse como una expresión de concepciones y prácticas pautadas por la lógica biomédica, en la medida en que el foco recae sobre los aspectos sintomáticos expresados por el usuario. En tal sentido, se termina por ignorar las especificidades de los sentidos subjetivos producidos en una situación dada, lo que culmina en una producción de la persona como objeto de procedimientos técnicos y controlados. De este modo, se pierde la oportunidad de trabajar con el usuario de una manera diferenciada y de una forma más abierta y disponible para el diálogo con la singularidad de sus procesos de vida concretos.

En una búsqueda de alternativas, a partir de la perspectiva asumida en este estudio, podemos pensar que la crisis en sí misma podría considerarse como un fenómeno capaz de estimular nuevas construcciones teórico-epistémicas pertinentes a la práctica profesional. Esta comprensión implica superar prácticas asistenciales que aún parecen carecer de las reflexiones teóricas y generar críticas que pueden crear nuevas formas de pensar y hacer la atención en salud mental. Esta forma alternativa de lidiar con la situación de crisis, si bien la historia de Miriam nos muestre algo diferente, parece haberse dado en el acompañamiento de su caso en el curso de la investigación, aunque ella haya sido internada en el hospital psiquiátrico debido a una nueva crisis. Desde nuestro punto de vista, se trató de una importante expresión de cuidado más allá de la función habitual del servicio institucional.

En esta ocasión, la internación de Miriam en el hospital psiquiátrico local ocurrió después del estallido de una crisis que coincidió con un momento fértil de reflexión sobre su propio desarrollo en el grupo de redes, en el que estaba comenzando a llevar a cabo algunos proyectos diferentes en su vida. Esa internación duró aproximadamente tres meses y

durante este período el equipo se movilizó para visitarla tres veces. En cada una de estas visitas, diferentes profesionales estuvieron presentes y en todas las ocasiones tuve la oportunidad de acompañarlos. Ese período permitió interesantes momentos de reflexión con el equipo sobre el papel de la internación en el tratamiento de los usuarios, así como sobre las concepciones y prácticas en períodos de crisis psicológica, basadas en la lógica de toda la atención de salud mental.

Un trecho de esos diálogos en el camino a una de las visitas en la internación psiquiátrica es relevante a este respecto:

Técnico 1: Pero ahora que Miriam está en crisis, ¿por qué no cambiamos su plan terapéutico?

Técnico 2: No sé... le estaba yendo muy bien con sus proyectos...

Investigador: ¿Pero la crisis no pudiera ser vista como un momento delicado en su desarrollo, o incluso como la expresión de un salto cualitativo en ese desarrollo?

Técnico 1: Sí... ¡De lo contrario, continuamos perpetuando un proceso que nunca termina!

Técnico 2: Ella viene aquí, mejora, tiene una crisis y vuelve todo... Hasta cuándo, ¿verdad? Chicos, ¡son 30 años así!

Técnico 1: Es verdad... hablamos mucho sobre el paciente que está institucionalizado, pero no vemos que a menudo son los propios profesionales y el servicio quienes están institucionalizados, cronificados...

Este trecho de diálogo, que presenta una reflexión conjunta basada en el caso de Miriam, expresa un momento en que hay una apertura para reflexionar de manera diferente, favoreciendo la creación de alternativas a los procedimientos estándar adoptados. La declaración del Técnico 2, en la que dice "¡Chicos... son 30 años así!", nos lleva a cuestionar si efectivamente la recurrencia de las crisis de Miriam es una consecuencia directa del curso natural de la enfermedad (Amarante, 2009), o si, en efecto, mantener la misma secuencia de intervenciones asistenciales no sería fundamental para cronificar el lugar social de los llamados "enfermos" y en consecuencia, cronificar su sufrimiento. A su vez, el posicionamiento final del Técnico 1, al cuestionar la condición de institucionalización de los profesionales de servicios y la institución en sí, es interesante porque parece problematizar si, en lugar de categorizar al otro en función de su comportamiento, no sería la incapacidad de transformar una situación tan crítica que debería poner a prueba las limitaciones de la atención. En este caso, el juicio del otro da lugar, al menos en el plano verbal, a la autocrítica de percibirse a sí mismo, a veces, sin condiciones de crear nuevas posibilidades y, en última instancia, en un posicionamiento crónico.

Esta misma actitud estuvo presente en el siguiente posicionamiento de otro técnico de servicio en una de las **reuniones del equipo**:

¿Hasta qué punto se quedará el paciente aquí porque es crónico y en qué medida no son todos los problemas que tenemos los que están institucionalizando al paciente? A menudo tengo esta confusión (técnico de servicio).

El mantenimiento de los cuestionamientos, como los que se encuentran en los dos trechos presentados, nos parece fundamental para mantener una postura crítica y reflexiva frente a los impases existentes en la atención de la salud mental, a fin de permitir la apertura para pensar estrategias innovadoras que sean consistentes con la complejidad de los

fenómenos abordados en los servicios de salud mental. Por tanto, se trata de un esfuerzo para repensar las propias prácticas, de modo que si bien se reconocen las limitaciones sociales más amplias que existen, las posibilidades creativas de inventar lo diferente no se reducen a ellas. En otras palabras, esta postura crítica favorece el reconocimiento de las dificultades que actúan en los impases institucionales que culminan en la responsabilidad de sus propias prácticas sobre ellos, inclusive con el propósito de buscar superarlos.

En este sentido, considerando los procesos de cronificación de las prácticas institucionales estandarizadas frente a las crisis psicológicas, es posible pensar que las estrategias institucionales basadas en la flexibilidad y la apertura a la singularidad de las manifestaciones psicológicas del usuario favorecen la búsqueda de alternativas a la institucionalización. Esa elaboración hipotética obtendrá nuevos elementos a través del proceso de construcciones interpretativas de este eje.

Después de algunos diálogos conjuntos, hubo una decisión consensuada sobre la estrategia del servicio para tratar el caso de Miriam. Esto se presenta a continuación a través de un trecho de diálogo entre dos técnicos en una de las reuniones del equipo:

Técnico 1: Tal vez deberíamos mantener a Miriam en el grupo de redes y tratar de apoyarla en los proyectos que quiere hacer...

Técnico 2: Sí... podemos ir acompañándola, ¿verdad? Si vemos que no funciona, pensamos en otra cosa.

Técnico 1: Creo que esto es importante porque nos muestra confianza en ella... ¡Creo que hace mucha diferencia!

La decisión de mantener a Miriam en el grupo de redes, en este caso, puede ser vista como un indicador de la flexibilidad de las estrategias dirigidas a la mejora de sus proyectos de vida, de forma congruente con la construcción hipotética previamente tejida. Es de destacar que estos diálogos no solo fueron dentro del servicio, sino también junto con Miriam, durante una de las visitas a la internación psiquiátrica. En la primera de estas reuniones, ella preguntó:

Ahora debo cambiar mi plan terapéutico de nuevo, ¿verdad? Después de todo, ¿cómo voy a mantenerme en un grupo para alta si acabo de tener una crisis?
(Miriam)

Ese posicionamiento parece ser una expresión de una subjetividad social asociada directamente con una visión de crisis psicológica relacionada con el retroceso, como se elaboró con anterioridad, repercutiendo en gran medida en las configuraciones subjetivas del tratamiento por parte de los usuarios. Sin embargo, en este caso, la respuesta de uno de los técnicos fue la siguiente:

Miriam, conversamos bastante allá en el CAPS y entendemos este movimiento, con sus proyectos e incluso con la alta de CAPS, como un proceso que se está construyendo. No es de una vez... y también está bien... las dificultades también suceden... Pero puede ser un proceso en el que continúes caminando, si quieres...
(Técnico de servicio)

Fue entonces cuando Miriam respondió:

¡Quiero seguir desarrollándome! No quiero estar allí solo en un pequeño grupo que hace esto y eso no, quiero una vida diferente. Quiero este grupo sí, porque quiero que me den de alta. Siento que a pesar de todo, estoy en camino. Quiero terminar los proyectos que hice allí. Quiero hacer el jabón para vender y tener un ingreso,

aunque sea poco. Quiero escribir mi libro sobre mi historia porque siento que con mi experiencia puedo ayudar a mucha gente... ¡No quiero renunciar a nada de esto! Me he identificado mucho con este grupo, como nunca antes me había identificado con ningún otro. Estaba allí, haciendo artesanía, leyendo una historia, cantando... En el grupo de redes, no, yo me estoy preparando para salir, para que me den de alta (Miriam).

Algo interesante, en esta secuencia de discursos es que a medida que se ha dado espacio en el diálogo con Miriam para posicionarse, hay un cambio tanto en la entonación de su voz como en el contenido de su discurso, que puede verse como indicadores de la relevancia emocional de este proceso para ella. Al principio, parece ratificar la expresión socialmente hegemónica de su internación como “un punto menos” en su tratamiento. Sin embargo, después de la posición del técnico que expresa la confianza del equipo en sus proyectos y en su desarrollo de forma espontánea. Ella hace referencia a su relación con las crisis de manera diferente, al reconocer que, a pesar de todo, todavía se siente “en camino”, desarrollando proyectos de vida específicos que desea hacer, como hacer jabón y escribir un libro sobre su historia. En este caso, el conjunto de estos indicadores lleva a la consideración de la calidad de la relación establecida con Miriam en el proceso de estas visitas, a través de la creación de un espacio dialógico promovido por los profesionales del servicio y su influencia en el favorecimiento de este posicionamiento diferenciado de Miriam en relación al propio proceso de tratamiento.

A partir de esos posicionamientos de Miriam, en la siguiente visita a la internación que realizamos, le llevamos un libro titulado *La historia de beta* (Brasil, 2003), que presenta la autobiografía de una mujer que ha pasado por varias experiencias de internación psiquiátrica, por una serie de crisis psicóticas y quien, a pesar de todo su sufrimiento, consiguió hacer un libro sensible e interesante sobre su historia. Junto con el libro, trajimos hojas en blanco y un bolígrafo para que Miriam escribiera. El propósito de esta acción fue afirmar simbólicamente a través de los materiales que podrían servir de inspiración para Miriam, nuestra confianza en ella y, más específicamente, en su proyecto de escribir un libro sobre su propia historia. Fue el uso de un recurso que se consideró favorecedor al proceso de Miriam, a partir de los diversos indicadores que se iban elaborando en el curso de su tratamiento. A diferencia de la concepción tradicional de los instrumentos de investigación, centrada en la formalización y la supuesta neutralidad, en este caso, la intención esencial era buscar la implicación subjetiva de Miriam en una actividad significativa para ella.

Fue entonces cuando descubrimos que incluso internada en el hospital psiquiátrico, Miriam había escrito algunas partes de este libro. Ella dijo:

He tenido excelentes ideas para escribir, porque es diferente escribir cuando estás en una crisis. ¡Esto puede ser excelente para que las familias de otros pacientes sepan cómo tratar con alguien que tiene este tipo de problema en casa! Realmente quiero leer el libro que trajeron, ¡gracias! ¡Y estoy en este proyecto! ¡Prometí para ustedes que iba a hacer este libro y el día que no cumpla mi palabra pueden enterrarme! (Miriam)

Este discurso de Miriam fue emocionado y pronunciado en un tono firme. En este caso, aunque estaba en una situación difícil como la internación psiquiátrica, su expresión puede verse como un indicador del valor del otro en su vida, así como de la asunción de su responsabilidad personal por su desarrollo. Ella parecía presentarnos con orgullo algunos pilares de lo que consideraba su “palabra”, algo que la constituyó y le dio fuerzas para

seguir adelante. Durante ese período de internación y después del alta hospitalaria, Miriam siguió escribiendo partes de su libro.

Como una alternativa a la constante preocupación por regresar a la etapa de salud antes del estallido de la crisis, parecía más relevante, en el caso de Miriam, construir acciones destinadas a la promoción de su carácter generador, a pesar de su intenso sufrimiento en ese momento. Estas acciones pueden ejemplificarse mediante las visitas durante su internación y por la manutención del proyecto de escritura del libro, apoyando la realización de su sueño. En ese sentido, a partir de los indicadores construidos con anterioridad, estas acciones parecen haber favorecido el posicionamiento diferenciado de Miriam en este proceso, asumiendo su responsabilidad personal para su desarrollo. De este modo, parece pertinente que las estrategias institucionales de atención de la salud mental sean repensadas y reformuladas constantemente, tomando en cuenta que solo cumplen su función cuando son direccionadas a favorecer el desarrollo singular y diferenciado del otro a través de sus contradicciones, especificidades y momentos de desarrollo. Esto resulta evidente a partir de la importancia atribuida al carácter educativo de las prácticas institucionales en este contexto.

Por tanto, de manera congruente con las construcciones hipotéticas desarrolladas, es posible afirmar que la valorización del carácter generador del otro es importante incluso en situaciones de intensa fragilidad emocional y genera acciones educativas destinadas a mejorar sus producciones subjetivas singulares, superando la tendencia hegemónica de focalizar la atención en la etiqueta del diagnóstico de la persona atendida.

Otro aspecto que parece relevante es que el mantenimiento de este proyecto no se realizó de forma aislada, sino que se relacionó con otras iniciativas que Miriam comenzó a emprender tan pronto como regresó a su hogar. Un ejemplo de esto fue que, en la primera reunión del grupo de redes, tomó los jabones producidos y que había planeado hacer durante tanto tiempo. Los mismos tenían formas diferentes a las convencionales y estaban cuidadosamente confeccionados para la venta. Ella dijo:

Chicos, estoy hasta dopada con la cantidad de medicamento que tomé en el hospital. Todavía estoy bastante afectada por esto. ¡Pero pude comprar los ingredientes para hacer el jabón y mira cuántos he hecho! (*Risas*) ¡Y miren, se están acabando, muchachos! Ya vendí jabón en la escobilla de goma y terminaré vendiéndolos hoy aquí para ustedes (*risas*) (Miriam).

El contenido de su expresión y la postura de Miriam en este punto parecen expresar que, incluso en algunas vivencias de sufrimiento profundo, es posible mantenerse activo en la búsqueda de algunos proyectos y buscar vivir experiencias conflictivas de manera más saludable. No hay, por así decirlo, una determinación de la vida a los límites de los problemas actuales, dejando espacio para lanzarse subjetivamente a la conquista de nuevas esferas de la vida que aún están por emerger en el futuro. Esto más bien parece ser una expresión de que no solo somos lo que ya hemos conseguido o no hemos logrado, sino fundamentalmente la apertura que damos a lo que aún podemos ser y que aún no hemos logrado en el presente.

En este caso, a partir de lo que fue presentado, el apoyo institucional recibido parece haber tenido desarrollos subjetivos que movilizaron a Miriam para sustentar aspectos importantes de su vida. Esta dinámica también se expresa en la siguiente declaración de Miriam, en un momento informal, algún tiempo después de salir del hospital:

Los días que ustedes me visitaron en el hospital fueron los días más felices de mi vida. Pensé: “¡Este es mi grupo! Tengo que dejar la internación y volver con mis amigos” (Miriam).

Miriam continuó produciendo y comercializando jabones en los meses posteriores a la internación psiquiátrica, pero debido a los bajos ingresos logrados, se lanzó a otros desafíos, como vender cosméticos y revender joyas. Estas otras iniciativas fueron pensadas y discutidas en las reuniones del grupo de trabajo en redes, a fin de crear un espacio para el diálogo que no solo abordara las dificultades subjetivas de su situación, sino que promoviera la acción a través de propuestas desafiantes pertinentes a los anhelos de Miriam. De ese modo, además del carácter puntual en su desarrollo, podemos pensar que esta secuencia de acciones desarrolladas a lo largo del tiempo por Miriam representó un momento de ruptura con la lentitud en la que anteriormente se refería a ser “estacionada” y la configuración de nuevos procesos subjetivos vinculados a la acción y a la búsqueda de nuevos desafíos.

Ese proceso parece haber tenido desdoblamientos importantes en la vida de Miriam, a partir del impacto producido en su tratamiento general. Ella dijo en otra reunión del grupo de redes:

Esta internación que tuve esta vez fue mucho mejor que las otras. Nunca he estado en una internación tan consciente y cambiando cosas tan importantes para mí. Antes, estaba allí esperando el alta médica, y esta vez también actué. Tanto es así que me quedé mucho menos tiempo que antes. ¡Y mira! Hace pocos meses que salí de la internación y el psiquiatra está reduciendo mucho mi medicación nuevamente. ¡Eso es porque me siento bien! Me estoy volviendo menos perezosa y más dispuesta a hacer las cosas del día a día... Sí, creo que realmente estoy mejorando (Miriam).

De modo general, Miriam expresa el carácter indisociable entre atención a la salud mental y desarrollo, al romper con la representación social del tratamiento como un proceso realizado solo dentro del servicio de asistencia. En este sentido, fue a través de los cambios emprendidos en varias dimensiones de su desarrollo que se puede decir que el tratamiento desempeñó un papel terapéutico en su vida. En ese proceso, no solo es relevante la aceptación por parte de Miriam del apoyo ofrecido por nosotros durante las visitas, sino también la asunción de su responsabilidad individual en su propio tratamiento y en términos más generales, su postura como protagonista de importantes transformaciones en su desarrollo.

Por tanto, además del equipo que se ocupó del caso, Miriam también rompió con la representación social hegemónica que asociaba, de manera directa, la crisis con el retroceso, al producir sentidos subjetivos alternativos a aquellos que probablemente hicieron crónica su situación. Aspectos que tuvieron impacto tanto en su camino singular como individualizado, así como en el contexto social más amplio en el que se inserta. De esta forma, su propia posición parece expresar que, si concebimos el desarrollo humano como un proceso no lineal y con rupturas importantes en su curso (Vygotsky, 2009; González Rey, 2003), se vuelve estéril asociar directamente una dificultad de desarrollo con un atraso en su proceso.

En esta perspectiva, a diferencia de los elementos que parecen nortear las pautas hegemónicas en el campo de la salud mental, el comportamiento identificado como crisis puede concebirse como asociado a un proceso cualitativamente diferenciado e importante para el desarrollo de la persona atendida. En este punto, la definición de sujeto ayuda a

pensar el proceso de Miriam, en la medida en que el sujeto “[...] representa un momento de contradicción y confrontación no solamente con lo social, sino también con su propia constitución subjetiva que representa un momento generador de sentido de sus prácticas” (González Rey, 2003, p. 240).

En síntesis, lo que parece haber prevalecido entre el equipo profesional, en este caso, fue el cuidado y el desarrollo de un vínculo establecido con la participante a lo largo de los años y la consideración de las potencialidades que permanecieron presentes incluso en el curso de la crisis psicológica. Es, en este sentido, que la relación deja en este momento de ser orientada por la institucionalización del otro, a través del juicio categorizado de su comportamiento, y se vuelve flexible y pautada para la singularidad de los procesos subjetivos de quien es atendido. En casos como este, es posible generar inteligibilidad sobre los procesos que promueven una forma de cuidado más allá de las fronteras del servicio.

Se trata aquí, de una secuencia de acciones profesionales que parecen pertinentes a los desafíos del trabajo de desinstitucionalización porque ofrecen la apertura inicial para que el otro sea considerado en función de sus parámetros y posibilidades y no desde un posicionamiento jerárquico y simbólicamente opresivo. En este caso, en lugar de que el terapeuta juzgue el comportamiento del otro en función de sus referencias, es el propio profesional quien se pone en riesgo (Neubern, 2013) y se ve cuestionado ante sus posibilidades para favorecer nuevas producciones subjetivas del otro. De esta manera, es posible, al menos al principio, la constitución de un trabajo pautado por la creación de alternativas a la institucionalización, ya que el otro deja el lugar del objeto de los procedimientos y se le da un mayor espacio relacional para su emergencia como sujeto de su tratamiento.

Así, a través del conjunto de indicadores e hipótesis elaboradas hasta este momento, se hace posible afirmar que la condición del sujeto se ve favorecida por una relación que privilegia la condición del diálogo y la consideración por las producciones subjetivas del otro. Esta relación no es directa ni lineal, pero en vista de la consecución de los procesos presentados aquí, se puede pensar en ella. De acuerdo con González Rey:

El rescate de la idea del sujeto no implica la idea del control de este sujeto sobre el mundo, sino la idea de su capacidad de opción, de ruptura y de la acción creativa, es decir, la idea de que su acción actual y sus efectos son constituyentes propios de su propia subjetividad, y no las causas que aparecen como elementos externos de la acción (González Rey, 2003, p. 224).

Desde esta perspectiva, es fundamental acompañar conceptualmente las múltiples formas como este sujeto se configura subjetivamente, apuntando, incluso para las limitaciones que culminan en las dificultades de su emergencia. Tal punto de vista exige una óptica que vaya mucho más allá de la circunscripción técnica tradicional de las profesiones de la salud, ya que se refiere a la integralidad de la persona atendida y sus múltiples posibilidades de inserción en la vida social. De ahí que, la defensa de la importancia de que la atención en salud mental debe crear recursos teóricos y técnicos para abordar la educación en su perspectiva más amplia y el desarrollo humano, no en el trastorno mental. En otras palabras, trabajamos en una lógica de transformación y de beneficios, en detrimento de una atención pautada por la noción de exclusión.

Consideraciones finales

A través de las reflexiones desarrolladas en este artículo, es posible sintetizar las siguientes ideas centrales:

1) La reforma psiquiátrica brasileña, inspirada, sobre todo, en la psiquiatría democrática italiana, apuesta por la transformación de la dicotomía tradicional salud/enfermedad, para una concepción existencia/sufrimiento, indisociada de las relaciones humanas en la sociedad. En tal sentido, es necesario el desmonte de los manicomios, a través de un proceso de subversión de su funcionamiento y lógica. Sin embargo, tales transformaciones actualmente enfrentan límites que apuntan para la necesidad de nuevas formas de desarrollo teórico y metodológico. Uno de estos límites es la condición frecuente de deshospitización que a menudo no se acompaña de un proceso gradual y complejo de desinstitucionalización de los cuidados, lo que resulta en tratamientos prolongados y cristalizados que se limitan a los servicios de salud mental. Tal imagen es una expresión de la lógica manicomial persistente, que todavía está presente en la vida de los usuarios, no en forma de rejas y muros, sino en sus producciones subjetivas en el curso de sus experiencias institucionales.

2) En este contexto, nos parece crucial ampliar nuestras perspectivas para reflexionar sobre fenómenos que van más allá tanto de la lógica biomédica centrada en los síntomas como de las formalidades institucionales y del discurso oficial. En este artículo, avanzamos en la discusión de estos procesos desde la teoría de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Consideramos, desde esta propuesta, que el trastorno mental no representa una enfermedad, sino una configuración subjetiva actualizada en un proceso de vida y que expresa la parálisis de la persona que enfrenta el conflicto experimentado. El valor heurístico de este concepto radica en la no disociación entre la situación de sufrimiento de una persona y su trama de vida concreta, superando el carácter normativo y universal de las llamadas “enfermedades mentales”.

3) Desde esta óptica, el trabajo en salud mental debería orientarse hacia el desarrollo de acciones institucionales que favorezcan la superación de la condición de parálisis subjetiva que enfrenta la persona que experimenta sufrimiento y la apertura de nuevos espacios sociales. De este modo, el trabajo presentado va más allá de la lógica del procedimiento técnico y se enfoca en la comprensión de una ética del sujeto. Bajo este referente, ser un sujeto no representa un estado adquirido definitivo, sino una condición que debe ganarse permanentemente en acción. Este trabajo, al ser congruente con una ética del sujeto, está asociado con una función educativa en la vida del otro, ya que se convierte en la producción crítica y reflexiva de nuevas formas de estar en el mundo.

4) En el estudio de caso desarrollado, discutimos que las estrategias institucionales pautadas por la flexibilidad y la apertura a la singularidad de la persona atendida favorecen la búsqueda de alternativas frente a la institucionalización. Incluso en situaciones de intensa fragilidad emocional, en este proceso, la apreciación del carácter generador del otro es importante y puede favorecer acciones educativas destinadas a mejorar las producciones subjetivas alternativas frente al trastorno mental, a fin de superar la circunscripción del trabajo en salud mental centrado en la etiqueta diagnóstica de la persona atendida. Así, es posible la construcción de procesos que promuevan una forma de cuidados más allá de las fronteras del servicio.

5) Un trabajo centrado en una ética del sujeto, como se expresa en el caso de Miriam, ofrece una oportunidad para que la persona sea considerada en función de sus parámetros y posibilidades, sin desconsiderar la presencia de la subjetividad social en sus producciones singulares. En este sentido, existe la posibilidad de superar una posición

jerárquica y simbólicamente opresiva que se expresa cuando se juzga el comportamiento del otro basándose exclusivamente en referencias abstractas y normativas. La condición del sujeto en el cuidado de la salud mental se ve favorecida por una relación dialógica y, por lo tanto, no se disocian las estrategias terapéuticas de las producciones subjetivas singulares del otro.

Referências Bibliográficas

- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 10(20), 299-316.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.
- _____. (2009). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(1), 1-7.
- Barros, D. D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In P. Amarante (Ed.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (pp. 171-196). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, F. (1985). As instituições da violência. In F. Basaglia (Ed.), *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 34–72). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Brazil (2004). Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Retirado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico*. Brasília. Retirado de: <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>
- Camargo Jr., K. R. (1992). (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 2(1), 203-230. DOI: [10.1590/S0103-73311992000100008](https://doi.org/10.1590/S0103-73311992000100008)
- _____. (2007). As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7(1), 63-76. DOI: [10.1590/S0103-73312007000100005](https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100005)
- Canguilhem, G. (1999) Que é a psicologia? *Impulso*, 11(26), 11-26.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London: Tavistock Publications Limited.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicossocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados em salud mental. *CS (Cali)*, 11, 43–71. DOI:10.18046/recs.i11.1566
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- _____. (2006). *History of Madness*. London and New York: Routledge
- Gonzalez Rey, F. (1997). *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. São Paulo: Educ.
- _____. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.

- _____. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. (2009). Epistemología y Ontología: un debate necesario para la Psicología hoy. *Diversitas [online]*. 5(2), 205-224.
- _____. (2011a). *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- _____. (2013). *O pensamento de Vigotsky: contradições, desdobramentos e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec.
- _____. (2014a). Human motivation in question: Discussing emotions, motives and subjectivity from a cultural-historical standpoint. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 45, 1–18. DOI:10.1111/jtsb.12073
- _____. (2014b). Ideias e modelos teóricos na pesquisa construtivo-interpretativa. In: A. Mitjans Martínez, M. Neubern & V. Mori. (Eds.). *Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas* (pp. 13-34). Campinas: Alínea.
- Goulart, D. M. (2013a). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental* (Dissertação de Maestría). Universidad de Brasília, Brasil.
- _____. (2013b). Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. *Revista Guillermo de Ockham*, 11(1), p. 21-33.
- _____. (2015). Clínica, subjetividade e educação: uma integração teórica alternativa para forjar uma ética do sujeito no campo da saúde mental. In F. Gonzalez Rey & J. Bizerril (Eds.), *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar* (pp. 34–57). Brasília: UniCEUB.
- Jones, M. (1962). *Social Psychiatry in the Community, in Hospitals and in Prisons*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Lucchese, R., & Barros, S. (2009). A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 152-160.
- Neubern, M. S. (2013). *Psicoterapia e espiritualidade* [Psychotherapy and spirituality]. Belo Horizonte, Brazil: Diamante.
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: P. Amarante (Ed.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (pp. 149-170). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rotelli, F., De Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Ed.), *Desinstitucionalização*. (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Santiago, M. A. (2009). *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. Masters Dissertation. University of Brasília, Brazil.
- Szaz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 1960, 113-118.
- Tosquelles, F. (2001). *Las enseñanzas de la locura*. Madrid: Alianza.
- Vygotsky, L. S. (2009). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.