



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**LA CONSTRUCCIÓN DE LA PSICOLOGÍA
CLÍNICA COMUNITARIA:
TAREA COLECTIVA DE LA ACADEMIA Y LA COMUNIDAD.**

Autora:

Maribel Goncalves de Freitas

Tutora:

Dra. Esther Wiesenfeld

Caracas, julio de 2021

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE PSICOLOGÍA

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**LA CONSTRUCCIÓN DE LA PSICOLOGÍA
CLÍNICA COMUNITARIA:
TAREA COLECTIVA DE LA ACADEMIA Y LA COMUNIDAD.**

Autora:

Maribel Goncalves de Freitas

Trabajo que se presenta para optar
al grado de Doctor en Psicología

Tutora:

Dra. Esther Wiesenfeld



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

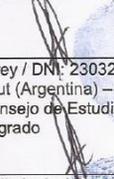


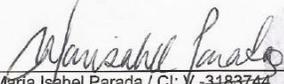
VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Humanidades y Educación y el Consejo de Estudios de Postgrado de la Universidad Central de Venezuela, para examinar la **Tesis Doctoral** presentada por: **Maribel del Carmen Goncalves de Freitas**, cédula de identidad N° **8682362**, bajo el título **La construcción de la Psicología Clínica Comunitaria: tarea colectiva de la academia y la comunidad**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **Doctor en Psicología**, dejan constancia de lo siguiente:

- 1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **14 de diciembre de 2021 a las 9:00 am** para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en la plataforma zoom <https://us02web.zoom.us/j/81123511329?pwd=ZVRvZDFaNi8waHBwMEpmY25ucVc5UT09>, con la asistencia técnica del Sistema de Actualización Docente del Profesorado de la UCV – SADPRO), mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en los Artículos 45, 50, 51 y 53 del Reglamento de Estudios de Postgrado vigente.
 - 2.- Finalizada la defensa de la **Tesis**, el jurado decidió **aprobarla**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la **autora**, que se **ajusta** a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado. Para dar este veredicto, el jurado estimó: El trabajo responde a la necesidad de una disciplina en construcción para la formación y el ejercicio profesional. La tesista demostró en su exposición un profundo dominio del tema, lo cual resulta admirable, teniendo en cuenta la pluralidad de voces que debió integrar y sistematizar. Se recomienda la difusión de este estudio en publicaciones científicas diversas.
 - 3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad. La tesis doctoral presentada constituye un documento sólido en cuanto a su exhaustiva y actualizada fundamentación teórica, un manejo novedoso de la metodología empleada, un riguroso análisis de los resultados y excelente organización de los mismos. La coherencia en la exposición del conocimiento producido junto con las bases paradigmáticas que orientaron la investigación facilitaron la elaboración de conclusiones integradoras y orientadoras para futuros trabajos de investigación en este campo.
- En fe de lo cual se levanta la presente ACTA en Caracas, a los **14** días del mes de **diciembre** del año **2021**, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del Jurado, La Tutora del Tesis Doctoral, la **Prof. Esther Wiesenfeld**.


Leonor Mora Salas / CI: V.- 5643937
UCV- Jurado designado por FHE


Marcela Freytes Frey / DNI: 23032751
Universidad del Chubut (Argentina) – Jurado
designado por el Consejo de Estudios de
Postgrado


María Isabel Parada / CI: V.- 3483744
UCV- Jurado designado por el Consejo de
Estudios de Postgrado


María Teresita Castillo León / Pasaporte:
N00185317 Universidad Autónoma de Yucatán
(México) - Jurado designado por el Consejo de
Estudios de Postgrado


Esther Wiesenfeld / CI: V.- 3714640
UCV- Tutora

lms/14.12.21



AGRADECIMIENTOS

Así como el diseño de mi investigación los aportes y apoyos a ella han ido emergiendo, haciendo que sean muchas las personas a las que deba agradecer, el orden de presentación no representa un orden de importancia.

A Esther por su calidez, solidaridad, inteligencia e ingenio para acompañarme en este proceso sin importar nada. Su compromiso como tutora ha ido más lejos de lo esperado, sin ella no lo hubiera logrado. Gracias por aceptar por segunda vez este reto, ahora más difícil y por luchar para que hoy pueda consolidar este esfuerzo de años. Cada audio y conversación me reto y me dio energías para continuar.

A Maritza por iniciarme en la psicología comunitaria y luego en la Psicología Clínica-Comunitaria, mostrándome siempre la importancia del compromiso y la excelencia. Por acompañarme en la mitad del camino de esta tesis formalmente, su legado sigue en los recuerdos de nuestros intercambios al respecto y en sus escritos, pioneros y cruciales sobre el tema. Gracias por confiar en mí.

A las profesoras del Comité del doctorado por sus aportes y solidaridad de siempre. Una mención especial a la memoria de Ligia Sánchez, quien sin dudar impulso el camino profesional que tengo en este momento. A Cristina, por su profesionalismo con afecto, su paciencia y compromiso yendo siempre más allá de las labores de coordinación; por su acompañamiento y orientaciones a lo largo de este camino. A Leonor por su apoyo y compromiso, por las duras gestiones que tuvo que realizar para que esto fuera posible.

A quienes leyeron mis monografías, brindando comentarios que me permitían repensar y profundizar el tema de estudio. Sus apreciaciones también forman parte de este producto.

A las personas que me recibieron en los lugares de práctica e hicieron todas las gestiones para que su institución me abriera las puertas: Tesania y TT. Fueron espacios de grandes aprendizajes académicos y experiencias de vida, que alimentaron esta investigación y redireccionaron mi ruta de vida.

A Adriana por insistir de manera incansable en que culminara este proceso. Por su amor, compañía y entrega infinita. Por su paciencia, en este último tiempo, en el que la tesis fue mi prioridad y no pude estar en tantos momentos.

A Sophie, mi asistente favorita, disfrutando de acompañarme en cada instante que dedique a la escritura de esta tesis. Por ser el mejor apoyo emocional que pueda existir.

A Rubí, por sorprenderme cada día con la calidad de su apoyo, su inteligencia, su solidaridad y compromiso. Sin ti no lo hubiera logrado.

A Inés, Neiva, Lucía, Hedy y María Luisa, quienes estuvieron en distintos momentos en el camino de esta tesis como apoyo, poniendo dedicación e interés. Los intercambios con ustedes fueron significativos.

A Micha, Luis, Jimena y Mariana, amigas/os que no dudaron en asumir mayor carga en nuestras labores conjuntas para que yo pudiera avanzar. Por hacerlo con tanta calidez y afecto. Estaré eternamente agradecida.

A Fernando, amigo de siempre y apoyo emocional del momento más difícil de este camino. Por darme la energía que necesite tantas veces para seguir, por hacerme sentir protegida y acompañada.

A los/as colaboradores/as de este trabajo, colegas, amigos/as, estudiantes. Por motivarme en este diálogo que apenas empieza, por permitir esta construcción colectiva.

A la comunidad de Catuche, por enseñarme a hacer clínica-comunitaria. A Doris, por presentármela y acompañarme en mi transitar en ella. Aún en la distancia nos mantenemos conectadas en los afectos y en la vida comunitaria.

A mis amigas/os del Parque Social Padre Manuel Aguirre, por recibir en su mundo de “clínicos” a una psicóloga social. Por aventurarnos en el camino de la clínica-comunitaria. En especial a Manuel y Pedro, interlocutores y amigos de siempre en este tema y en muchos otros. Sus conversaciones siempre me abren nuevas reflexiones y me generaban inspiración.

A todos los/as amigos/as y personas que han pasado por mi vida dejando aprendizajes y los que en este camino me han dado su solidaridad y energía positivas para lograr esta meta.

A mis padres, por acompañarme y sentirse orgullosos de mis logros profesionales, aunque la mayor parte de las veces no entendían mis elecciones. Desde el cielo ambos me cuidan y me han ayudado a superar los momentos más duros.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**LA CONSTRUCCIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA:
TAREA COLECTIVA DE LA ACADEMIA Y LA COMUNIDAD**

Autora: Maribel Goncalves de Freitas

Tutora: Dra. Esther Wiesenfeld

2021

RESUMEN

La Psicología Clínica-Comunitaria (PCC), inicia su desarrollo en América Latina a principios del siglo XXI. A pesar de la constante producción de conocimiento teórico-metodológico y la realización de experiencias prácticas a lo largo de este tiempo; la academia sostiene que, no existe claridad en torno a cuáles son los elementos que definen a la PCC mientras que, la realidad social exige potenciar las acciones que permitan atender la salud mental de las comunidades, en especial aquellas que se encuentran en condiciones de exclusión social.

Con el fin de aportar a estas demandas, este estudio tuvo como objetivo construir con diversos/as actores/as (personas de la comunidad, académicos/as, profesionales y estudiantes) contenidos constitutivos de la Psicología Clínica-Comunitaria.

La investigación se planteó desde el paradigma socioconstruccionista crítico, con una metodología cualitativa siguiendo el método analéctico y el diseño emergente. El conocimiento se produjo empleando el análisis documental, las entrevistas individual y participativa y los talleres reflexivos; la información se analizó utilizando el análisis de contenido temático de carácter inductivo.

El estudio contribuyó a la formalización de la PCC, estructurando sus aspectos constitutivos y una perspectiva paradigmática, concibiéndola como una trans-subdisciplina y proponiendo una definición alternativa de la misma, en la cual emergió la noción de salud mental comunitaria como proceso fundamental, lo vincular como hilo conductor, destacando el lugar de la comunidad junto al de los/as profesionales de esta perspectiva y la comprensión de diversos procesos clínico-comunitarios como continuos (malestar-bienestar, promoción-prevención-atención).

Palabras claves: psicología-clínica-comunitaria, construcción colectiva, salud mental comunitaria, vínculos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**THE CONSTRUCTION OF CLINICAL COMMUNITY PSYCHOLOGY:
A COLLECTIVE TASK OF THE ACADEMY AND THE COMMUNITY**

Author: Maribel Goncalves de Freitas
Tutor: Dra. Esther Wiesenfeld
2021

ABSTRACT

Clinical-Community Psychology (CCP) began its development in Latin America at the beginning of the 21st century. Despite the constant production of theoretical-methodological knowledge and the realization of practical experiences throughout this time, the academy maintains that there is no clarity about which are the elements that define CCP, while the social reality demands the strengthening of actions that allow attending the mental health of communities, especially those that are in conditions of social exclusion.

In order to contribute to these demands, this study aimed to build with various actors (community members, academics, professionals and students) constitutive contents of Clinical-Community Psychology.

The research was approached from the critical socioconstructionist paradigm, with a qualitative methodology following the analytical method and the emergent design. Knowledge was produced using documentary analysis, individual and participatory interviews and reflective workshops; the information was analyzed using thematic content analysis of inductive character.

The study contributed to the formalization of CCP, structuring its constitutive aspects and a paradigmatic perspective, conceiving it as a trans-subdiscipline and proposing an alternative definition of it, in which the notion of community mental health emerged as a fundamental process, the linking as the conductive thread, highlighting the place of the community together with that of the professionals of this perspective and the understanding of diverse clinical-community processes as continuums (discomfort-wellbeing, promotion-prevention-care).

Key words: clinical-community psychology, collective construction, community mental health, links.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. Planteamiento del Problema: ¿Por qué, Cómo y Para qué la Co-Construcción de la Psicología Clínica-Comunitaria?	5
1. Contexto Personal-Profesional. Una Praxis que Compromete la Producción de Conocimiento	5
2. Pertinencia de la Investigación	8
3. Objetivos de la Investigación	24
3.1. Objetivo General	24
3.2. Objetivos Específicos	25
CAPÍTULO II. Marco Referencial: Conocimientos Producidos en torno a la Psicología Clínica-Comunitaria	26
1. Antecedentes Disciplinarios de la Psicología Clínica-Comunitaria	27
1.1. La Psicología Clínica y la Psicología Comunitaria: Pilares de la Fundamentación de la PCC	27
1.2. La Antipsiquiatría, la Psiquiatría Preventiva y la Salud Mental Comunitaria: Modelos Orientadores para el Abordaje de la Salud Mental	32
1.3. El Modelo de Salud Mental Comunitaria como Apuesta Política en América Latina	36
1.4. La Clinitaria: Un Camino Paralelo a la PCC	38

2.	La Psicología Clínica-Comunitaria: Inicios y Elementos Constitutivos	43
2.1.	Los Inicios de la PCC	43
2.2.	La Integración de lo Clínico y lo Comunitario: Una Necesidad para la Praxis	54
2.3.	Definición y Características de la PCC	59
2.4.	Fundamentos de la PCC: Objetivos, Principios y Enfoques	66
2.5.	La Noción de Comunidad	71
2.6.	Problemáticas que Corresponde Atender a la PCC	75
2.7.	Niveles de Intervención	78
2.8.	El/la Psicólogo/a Clínico-Comunitario/a y su Relación con la Comunidad	80
2.9.	Método y Técnicas de la PCC	88
3.	La Salud Mental: Nociones y Reflexiones	98
3.1.	De la Pobreza y la Locura: Espacio Compartido de Marginación/Exclusión	98
3.1.1.	Estrés crónico: Sintomatología de la pobreza	102
3.2.	Re-construyendo la Noción de Salud Mental	109
3.3.	Una Perspectiva Biocéntrica de la Salud	116
4.	Experiencias desde la Psicología Clínica-Comunitaria	118
	CAPÍTULO III. Marco Metodológico: Trazando Caminos para la Investigación	147

1.	Paradigma y Perspectivas que Orientan esta Tesis: Desde Dónde Me Posiciono Como Investigadora	147
1.1.	Conocimiento Situado	153
1.2.	La Reflexividad: Una Mirada hacia la Investigadora en su Relación con los/as Colaboradores/as y el Estudio	161
2.	La Investigación Cualitativa como Marco Metodológico de este Estudio	178
2.1.	La Analéctica como Método para la Inclusión del Otro	182
2.2.	Diseño Emergente y Ruta de la Investigación. La “Trastienda Investigativa”	193
2.3.	Los/as Colaboradores/as del Estudio: Diversidad de Miradas y Contextos	198
2.4.	La Construcción del Conocimiento: Dialogando e Interpretando	210
2.4.1.	Técnicas de producción de conocimiento: intercambiando desde distintas alternativas	211
2.4.2.	Procesamiento del conocimiento: La puesta en diálogo de lo producido	216
2.4.3.	Criterios de rigor: La congruencia de la investigación	222
	CAPÍTULO IV. Análisis y Discusión de los Resultados:	228
	Una Construcción Colectiva de sus Elementos Constitutivos.	
1.	Relaciones y Pertenencias de la PCC: Disciplinas y Campos Afines	234

1.1.	Las Identidades de los/as Profesionales: Matices y Diversidad	235
1.2.	La PCC en Relación	245
1.2.1.	Psicología Clínica-Comunitaria vs. Psicología Social Comunitaria (PSC)	247
1.2.2.	Psicología Clínica-Comunitaria vs. Psicología Clínica “Tradicional” (PCI)	252
1.2.3.	La PCC: Integración entre la PCI y la PSC	256
1.2.4.	Psicología Clínica-Comunitaria vs. Modelo de Salud Mental Comunitaria	265
2.	Principios, Enfoques y Problemáticas: Punto de Partida de la PCC	274
2.1.	Principios de la PCC	275
2.1.1.	Construcción social	276
2.1.2.	Adecuación a la realidad de manera histórica y contextual	276
2.1.3.	Agencia social	279
2.1.4.	Saberes locales y comunidades de aprendizaje	280
2.1.5.	Comprensión relacional e intersubjetiva	281
2.1.6.	Participación, fortalecimiento y trabajo en red	281
2.1.7.	Sentido terapéutico	281
2.1.8.	Cuidado del vínculo, diálogo, otredad y diversidad	284
2.1.9.	Dimension política	287

2.1.10.	Interdisciplinariedad e intersectorialidad	288
2.2.	Enfoques para la PCC	289
2.2.1.	Enfoque de Género	290
2.2.2.	Enfoque Psicosocial	291
2.2.3.	Enfoque Intercultural	293
2.2.4.	Enfoque de Derechos Humanos	295
2.3.	Problemáticas que Corresponde Atender a la PCC	296
2.3.1.	Pobreza	299
2.3.2.	Violencia	302
2.3.3.	Ruptura del tejido social	308
3.	Salud Mental, Salud Mental Comunitaria y Procesos Clínico-Comunitarios: Ejes Centrales de la PCC	313
3.1.	Locura y Patología: Pasado y Presente de la Concepción de Salud Mental	316
3.2.	Salud Mental: Responsabilidad del Cuidado e Individualidad	320
3.3.	Trascendiendo la Reconceptualización de la Salud Mental: De lo Conceptual a su Aplicación	323
3.3.1.	Pobreza y entornos conflictivos	326
3.3.2.	Interculturalidad y contextos rurales	330
3.3.3.	“Buen vivir”: Allín Kausay o Sumaq Kausay	334
3.4.	Salud Mental Comunitaria: Integración del Contexto y las Relaciones	339

3.4.1.	La noción de Salud Mental Comunitaria (SMC)	339
3.4.2.	Indicadores de Salud Mental Comunitaria	342
3.4.3.	Dilemas en torno a la Salud Mental y la Salud Mental Comunitaria	347
3.4.4.	Comunidad Saludable: convivencia, apoyo y organización	353
3.5.	Bienestar-Malestar	357
3.6.	Sufrimiento Psicosocial, Trauma Psicosocial y Fortalecimiento Clínico-Comunitario: Comprensión desde el Continuo Malestar-Bienestar	365
3.6.1.	Sufrimiento psicosocial	368
	3.6.1.1. Entre patologización y contextualización. del sufrimiento	369
	3.6.1.2. Sufrimiento psicosocial: diferentes denominaciones, un mismo fenómeno.	371
	3.6.1.3. Sufrimiento psicosocial: poblaciones y problemáticas	374
	3.6.1.4. Acompañamiento del sufrimiento psicosocial desde la PCC	376
3.6.2.	Trauma psicosocial	382
3.6.3.	Fortalecimiento clínico-comunitario	389
4.	Relaciones y Actores Involucrados en la PCC	397

4.1.	Lugar y Contribución de la Comunidad en la PCC	398
4.1.1.	Los recursos de las comunidades	399
4.1.2.	Cuidado y respeto por el otro	402
4.1.3.	Formas de participación o involucración de la comunidad en los servicios de salud	406
4.1.4.	Actores/as claves de la comunidad	411
4.2.	Lugar y Contribución de los/las Profesionales en la PCC	424
4.2.1.	Compromiso de los/as pcc	428
	4.2.1.1. Compromisos y acciones con la comunidad	428
	4.2.1.2. Compromisos/retos con la academia y las políticas públicas	434
4.2.2.	Competencias	437
4.2.3.	Impacto en la vida personal-profesional	445
4.3.	Relación entre los/as Actores/as en el Marco de la PCC	449
4.3.1.	Capacitación como modo de potenciación del trabajo comunitario	456
4.3.2.	Construcción conjunta	459
5.	La PCC en el Marco de los Servicios Clínico-Comunitarios	466
5.1.	Entre lo Real y el Ideal: Características y Pertinencia de un Servicio Clínico-Comunitario en Construcción	467
5.1.1.	Concepción de un servicio clínico-comunitario	467
5.1.2.	Pertinencia y adecuación de los servicios	474

	clínico-comunitarios a la realidad comunitaria	
	5.1.2.1. Por situaciones de duelo	477
	5.1.2.2. Para que los niños se “porten mejor”	478
	5.1.2.3. Atender a los padres y adultos en general:	478
5.1.3.	Resultados de la atención	478
5.2.	Espacio del Quehacer: De la Infraestructura a la Estructura Vincular	483
5.3.	Estrategias de la PCC: El Quehacer en Acción	490
5.3.1.	Estrategias terapéuticas y clínicas	491
	5.3.1.1. Psicoterapia y consejería	491
	5.3.1.1.1. Encuadre	492
	5.3.1.1.2. Contratransferencia como fuente de conocimiento	496
	5.3.1.1.3. Escucha empática	497
	5.3.1.1.4. Espacio contenedor, libre y novedoso	498
	5.3.1.1.5. Cierre y transición con el/la nuevo/a psicólogo/a	498
	5.3.1.1.6. Confidencialidad y seguimiento	499
	5.3.1.2. Diagnósticos clínicos	501
5.3.2.	Involucramiento con la comunidad	503
	5.3.2.1. Aproximación a la comunidad	504

5.3.2.2.	Vinculación entre las personas en el trabajo de la PCC	512
5.3.3.	Participación como eje central para la inclusión: el diálogo y el intercambio en el trabajo de la PCC	515
5.3.3.1.	Conversatorios y grupos de discusión	517
5.3.3.2.	Estrategias psicoeducativas	518
5.3.3.3.	Recursos artísticos y lúdicos	521
5.3.4.	Acompañamiento individual y colectivo	523
5.3.5.	Dispositivos de trabajo grupal	524
5.3.6.	Cotidianeidad en la PCC	526
5.3.7.	Actividades colectivas y redes comunitarias	528
5.3.8.	Reflexión y procesamiento en torno al trabajo	529
5.4.	Niveles de Intervención	535
6.	Formación en Psicología: Un Desafío para la PCC	549
6.1.	Pregrado: Desde Dónde Pensamos y Construimos la Psicología	550
6.2.	Mirada al Postgrado: Aterrizando los Intereses	556
6.3.	Sugerencias a la Formación en PCC	563
7.	Psicología Clínica-Comunitaria: Un Espacio Para el Encuentro Sin Fronteras	573
7.1.	Pertinencia de la PCC en el Contexto Latinoamericano	574
7.2.	PCC como Subdisciplina en Construcción	578

7.3.	Formalización de la PCC: Ubicando Alternativas	583
7.4.	Límites Borrosos de la PCC	586
7.4.1.	Sentido ético-político frente a la realidad social	589
7.4.2.	Diversidad y encuentro: polivocalidad y transdisciplinariedad	590
7.4.3.	El continuo clínico-comunitario: más allá de la dicotomía	593
7.4.4.	Perspectiva crítica de la PCC	597
CAPÍTULO V. Conclusiones, Contribuciones y Desafíos: De Dónde Viene y Hacia Dónde Va la PCC		601
1.	A Modo de Introducción: Algunas Reflexiones Generales	602
2.	La PCC: Una Construcción Colectiva en Movimiento	606
2.1.	Aspectos Constitutivos de la PCC	607
2.1.1.	Indivisibilidad de lo clínico-comunitario	608
2.1.2.	Ámbitos de acción y propósito de la PCC	610
2.1.3.	Principios de la PCC	613
2.1.4.	Enfoques de la PCC	613
2.1.5.	Niveles de actuación clínica-comunitaria	615
2.1.6.	Estrategias clínico-comunitarias	617
2.1.7.	Procesos clínico-comunitarios	618
2.2.	Soporte Paradigmático para la PCC	620
2.2.1.	Dimensión ontológica	622

2.2.2.	Dimensión epistemológica	624
2.2.3.	Dimensión metodológica	627
2.2.4.	Dimensión ética	629
2.2.5.	Dimensión política	629
2.3.	Criterios de Rigor para la PCC	630
2.4.	Definición de la PCC	633
2.5.	Dispositivos para Fortalecer la Praxis Clínica-Comunitaria	633
2.5.1.	Problematización como una tarea central	633
2.5.2.	“Tensión generativa”	634
2.5.3.	Sentido de la praxis y producción de conocimiento	635
2.5.4.	Reivindicar el lugar de la PCC	635
2.5.5.	Acompañar procesos para generar “indignación”	635
2.5.6.	Impacto en las políticas públicas	636
3.	Hitos para la Continuidad de la PCC	636
3.1.	Contribuciones de la Investigación	636
3.2.	Asignaturas Pendientes	638
3.3.	La Continuidad en la Producción del Conocimiento:	640
	Abriendo el Cierre...	
	REFERENCIAS	641
	ANEXOS	656
	Anexo A. Guión de entrevista profesionales, egresados/as y académicos/as	656
	Anexo B. Guión de entrevista para personas de la comunidad y estudiantes	657

Anexo C. Guión de preguntas para talleres de estudiantes	658
Anexo D. Consentimiento informado	660

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Cuadro comparativo del modelo médico y modelo psicosocial comunitario	109
Tabla 2.	Cuadro de los aspectos de la PCC en las experiencias 1, 2, 3 y 4	143
Tabla 3.	Cuadro de los aspectos de la PCC en las experiencias 5, 6, 7 y 8	144
Tabla 4.	Cuadro de los aspectos de la PCC en las experiencias 9, 10 y 11	145
Tabla 5.	Cuadro de colaboradores/as	204
Tabla 6.	Cuadro de temas y subcategorías	232

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Diagrama de experiencias y su relación con la PCC, PCI y PCo	119
Figura 2.	Relación entre el tema “Relaciones y Pertenencias de la PCC: Disciplinas y Campos Afines” y sus subcategorías	234
Figura 3.	Relación entre el tema “Principios, Enfoques y Problemáticas: Punto de Partida de la PCC” y sus subcategorías	274
Figura 4.	Relación entre el tema “Salud Mental, Salud Mental Comunitaria y Procesos Clínico-Comunitarios: Ejes Centrales de la PCC” y sus subcategorías	313
Figura 5.	Relación entre el tema “Relaciones y Actores Involucrados en la PCC” y sus subcategorías	397
Figura 6.	Relación entre el tema “La PCC en el Marco de los Servicios Clínico-Comunitarios” y sus subcategorías	466
Figura 7.	Relación entre el tema “Formación en Psicología: Un Desafío para la PCC” y sus subcategorías	549
Figura 8.	Relación entre el tema “Psicología Clínica-Comunitaria: Un Espacio para el Encuentro Sin Fronteras” y sus subcategorías	573
Figura 9.	Diagrama de los aspectos constitutivos de la PCC	607

CUADRO DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
APS	Atención Primaria en Salud
CAI	Conflicto Armado Interno
CVR	Comisión de la Verdad y Reconciliación
IAP	Investigación-Acción Participativa
MPC	Maestría en Psicología Comunitaria de la PUCP
PCC	Psicología Clínica-Comunitaria
pcc	Psicólogo/a clínico/a-comunitario/a
PCI	Psicología Clínica
PCo	Psicología Comunitaria
PSC	Psicología Social Comunitaria
PUCP	Pontificia Universidad Católica del Perú
SCC	Servicios Clínico-Comunitarios
SM	Salud Mental
SMC	Salud Mental Comunitaria
UCAB	Universidad Católica Andrés Bello

INTRODUCCIÓN

La salud y el bienestar representan el tercer objetivo de desarrollo sostenible establecido como agenda en las metas del milenio para el 2030 por la Organización de las Naciones Unidas, siendo antecedido por la erradicación de la pobreza y el hambre, como objetivos 1 y 2, respectivamente (Naciones Unidas, 2021). Sin lugar a dudas, estos temas son prioritarios a nivel mundial y en especial en Latinoamérica, donde las condiciones de vida de gran parte de la población están marcadas por carencias y exclusión social.

Ahora bien, la relación entre estos tres objetivos del milenio es inevitable, por cuanto las condiciones de pobreza generan deterioro en la salud mental de las personas y en la vida comunitaria. Justamente esta preocupación por dar algún tipo de respuesta a los problemas de salud mental en las comunidades, en especial aquellas que viven en condiciones de pobreza, fue la motivación central para el surgimiento de la Psicología Clínica-Comunitaria (PCC) en Latinoamérica a inicios del siglo XXI.

Este nuevo campo proviene de las subdisciplinas clínica y comunitaria, las cuales han sido las encargadas de trabajar la problemática de salud mental de las comunidades; tarea que han desarrollado de manera independiente enfatizando, principalmente, cada una de ellas en un ámbito. La clínica se ha encargado de la salud mental de las personas y la comunitaria de las condiciones de vida de las comunidades.

Esta escisión ha suscitado diversas inquietudes que han impulsado desde la academia la presencia de la PCC, colocándole el reto de intentar romper este

distanciamiento entre los ámbitos clínico y comunitario, ensayando diálogos entre los elementos teórico y metodológicos de estos dos campos y proponiendo nuevas formas de pensar los procesos de salud mental y de acercamiento a las comunidades.

No obstante, la juventud de esta subdisciplina hace que sus principios, métodos y procesos aún estén en construcción, generando interrogantes y cuestionamientos en torno a la precisión de sus componentes. Así, emerge la pertinencia de ahondar en la comprensión y articulación de este campo que redunde en clarificaciones para la academia y propuestas de alternativas para mejorar las condiciones de vida de las comunidades excluidas socialmente y aminorar su sufrimiento psicosocial.

Esta investigación se propuso profundizar los aspectos constitutivos de la Psicología Clínica-Comunitaria en su desarrollo latinoamericano, con la colaboración de distintos/as actores/as vinculados a ella: los/as profesionales dedicados al ámbito académico y/o práctico, estudiantes y egresados/as de programas relacionados al área y miembros de la comunidad. De esta manera, se rescatan voces tradicionalmente excluidas de participar en temas relativos a la conformación de una disciplina. Adicionalmente, en esta incursión la literatura tuvo el lugar de una voz junto a las otras voces, así como mi propia voz desde mi experiencia personal y profesional vinculada a la PCC desde sus inicios.

Para cumplir esta tarea tomo de base al paradigma socioconstruccionista crítico (Wiesenfeld, 2001), empleando el método analéctico (Dussel, 1996), a fin de construir conocimiento desde una perspectiva problematizadora e inclusiva de la diversidad. En este sentido, respecto de la forma de escribir el texto, quisiera señalar que este está

escrito considerando el lenguaje inclusivo de género y acompañado del relato de las posturas y decisiones que fui asumiendo a lo largo del estudio.

Cabe mencionar también que el/la lector/a podrá encontrar un cuadro de abreviaturas para identificar aquellas denominaciones de dos o más palabras que son empleadas con frecuencia; sin embargo, en ocasiones utilizo la denominación no abreviada, ello no obedece a ningún criterio particular más que el ritmo de la redacción. En este mismo orden de ideas, el término Psicología Clínica-Comunitaria, es empleado por mí con guión, por las razones que en el texto expondré; sin embargo, quienes escriben o han colaborado en este estudio suelen emplearlo sin el guión, en cuyo caso mantendré la manera como se han referido a la misma.

Finalmente, es menester aclarar que, si bien este trabajo se culminó en el marco de la pandemia de la COVID-19, la mayor parte del mismo tuvo lugar previo a esta por lo cual no fue considerada en el desarrollo del trabajo, a pesar de reconocerse la influencia que esta ha tenido en el marco de las relaciones sociales y en la práctica profesional.

El trabajo se encuentra estructurado en cinco capítulos. El primero de ellos presenta y describe el contexto y problema de investigación, explicitando los objetivos de la misma; el segundo hace una revisión de la literatura disponible en la PCC en Latinoamérica, incluyendo producciones teórico-metodológicas y sistematizaciones de experiencias realizadas desde esta área; el tercer apartado muestra el abordaje metodológico propuesto para el devenir de la investigación.

El cuarto capítulo recoge el análisis y discusión de los resultados, por lo cual es de mayor extensión, considerando en total siete temas principales relativos a los contenidos constitutivos de la PCC: relaciones y pertenencias, principios, enfoques, problemáticas, salud mental, salud mental comunitaria, procesos clínico-comunitarios, relaciones y actores involucrados, servicios clínico-comunitarios, formación y formalización de la subdisciplina.

Por último, el capítulo cinco plantea las conclusiones del estudio acompañado de una construcción para la PCC, que incluye los elementos constitutivos de la misma y su sustento paradigmático. A partir de ello, se señalan los principales aportes del estudio y los asuntos pendientes para la PCC que son aquellos que permitirán continuar el diálogo con otras audiencias y el camino de construcción de la subdisciplina.

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema: ¿Por qué, Cómo y Para qué la Co-Construcción de la Psicología Clínica-Comunitaria?

1. Contexto Personal-Profesional. Una Praxis que Compromete la Producción de Conocimiento

Mi historia personal-profesional ha marcado sin duda alguna la elección y modo de desarrollo de este trabajo, por lo cual comentaré cómo llegué a la PCC y las motivaciones que le anteceden, no como un recuento biográfico, sino como una declaración que permitirá al lector/a comprender mejor este texto.

La preocupación por los temas de justicia social, la identidad latinoamericana y el establecimiento de relaciones democráticas son valores que han acompañado mi vida, en la cual lo personal y lo profesional nunca han estado desligados; no concibo que sea posible hacerlo. Por ello, el reconocimiento de la subjetividad y el posicionamiento de los/as investigadores/as está siempre presente en mi actuación y producción académica.

En este sentido, otro elemento transversal en mi quehacer profesional ha sido el vincular la labor práctica (de campo, institucional) con la académica (investigación, docencia). Me cuesta también verlos por separado.

Por último, desde que elegí la psicología como profesión, mis intereses por lo clínico y lo social siempre estuvieron en una balanza, deseando incluso combinar ambas menciones cuando estudiaba psicología, lo cual por razones laborales no fue

posible para mí. Me decidí por lo social, pues lo encontraba más alineado con los valores ya mencionados, y aunque la clínica me parecía importante, gran parte de sus formatos chocaban con lo que creía se debía hacer desde la psicología, acorde a mis valores, a la vez que representaba un reto de aquello que podría ser transformado, sobre todo en lo que a los derechos de las personas con problemas de salud mental se refería.

Lo comunitario apareció hacia el final de mi carrera y no dude en que era mi ruta, tratando siempre de encontrar líneas que en ella me acercaran a la clínica. Esto deja claro para mí por qué la PCC aparece como una opción por la que vale la pena luchar y por la que llego a esta investigación.

La trayectoria de la tesis se inicia con mi participación como docente desde la creación de la especialización de Psicología Clínica Comunitaria de la Universidad Católica Andrés Bello, en Caracas-Venezuela, en 1999, de la mano de Maritza Montero, quien me invita a acompañarla en la elaboración de la línea comunitaria de esta especialización. Esta labor representaba un reto, pues se estaba ofreciendo una formación en un área aún no desarrollada como tal; así, docentes provenientes del ámbito clínico y del ámbito comunitario coincidimos en el intento de dar forma a lo clínico-comunitario.

En este camino, las dudas de los/as estudiantes de cómo integrar los conocimientos provenientes de profesores/as de formación clínica y comunitaria, que planteaban sus propuestas de manera diferente, aunque sensibles a la escucha del otro campo; dieron lugar a los esfuerzos de los/as docentes por ir generando conversaciones y aproximaciones en nuestros marcos de formación.

En este esfuerzo, surge mi interés por profundizar en este diálogo y formalizar una investigación que permitiera entender de qué se trata la PCC, cómo puede definirse, cuáles son sus principios, estrategias y de qué manera particular se traduce su quehacer.

Así, las discusiones con los/as estudiantes y algunos/as docentes, junto a la ejecución de un trabajo clínico-comunitario sostenido en una localidad en condiciones de pobreza multidimensional de la ciudad de Caracas, conjuntamente con los/as estudiantes del postgrado, se convirtieron en el recurso más importante de reflexión para la formulación de esta investigación.

De manera que, en la propia vinculación con la comunidad y con el trabajo que se fue construyendo a lo largo de más de una década (2003-2017), se fueron planteando las preguntas sobre las cuales trabajar. Paralelamente, la revisión de documentos académicos de la PCC para poder ampliar el tema en los cursos del postgrado, me hacían ver que aún había poco desarrollo en el campo.

En el trabajo en la comunidad antes mencionada, nos tocó aprender acerca de la comprensión de los procesos-clínico-comunitarios y atrevernos a construir y deconstruir el conocimiento y las estrategias, pues como he descrito en otros momentos (Goncalves-de Freitas, 2012; Montero y Goncalves-de Freitas, 2010), teníamos que trabajar con la violencia y el duelo comunitario.

Maritza y yo proveníamos de la psicología comunitaria y la violencia era un tema que se nos hacía cercano, pero no nos pasaba lo mismo con el duelo. A los/as estudiantes, psicólogos/as clínicos/as en su mayoría, les pasaba exactamente lo contrario. Lo cierto es que, si bien nuestra experticia en uno u otro campo nos ayudaron,

no eran la respuesta a aquello con lo que estábamos trabajando, así que nos embarcamos en incursionar nuevas formas de pensar y hacer con el apoyo de personas de la comunidad.

Esta experiencia fue muy retadora para mí, además de estimulante, convirtiéndose en el motor para esta investigación, en la que sería posible fortalecer la praxis a la vez que el conocimiento académico en la PCC.

2. Pertinencia de la Investigación

Las situaciones de desigualdad social en Latinoamérica, que han deteriorado las condiciones de vida de gran parte de la población, manteniéndola al margen del acceso a los servicios, han generado la preocupación y el compromiso de los/as profesionales para aportar de algún modo en la solución de estas problemáticas propias de las circunstancias de estrés que implica vivir en condiciones de pobreza.

Es ante esta preocupación que emerge la psicología comunitaria, en su desarrollo latinoamericano, teniendo como base a la psicología social, alimentada principalmente de fuentes bibliográficas y métodos de las ciencias sociales. De igual manera, desde la psicología clínica, hace varias décadas, han empezado a surgir iniciativas que pretenden aproximarse a las poblaciones más desfavorecidas y plantear alternativas de abordaje para adecuarse a estos contextos.

Bernal (1993) hace alusión a que las disciplinas clínica y comunitaria, aunque tengan supuestos ideológicos, marcos teóricos y métodos distintos, tienen en común el

objetivo de aportar al mejoramiento de la persona y, en este sentido, el autor considera posible articular una praxis clínica-comunitaria.

Es claro que el punto de partida teórico-metodológico es distinto en ambos casos, pero no así la meta propuesta: trabajar, principalmente, con las personas que viven en condiciones de pobreza o desventaja social, asumiendo así una opción política, es decir, comprometiéndose y tomando parte de la realidad social de sus países y del continente. (Goncalves-de Freitas, 2012, p.3)

Cada vez más, estos desafíos para ambas disciplinas, clínica y comunitaria, han sido mayores, pues la realidad social en nuestros países ha demandado iniciar otro tipo de trabajo, abocado a situaciones de catástrofes tras fenómenos naturales, lucha armada, violencia en sus diferentes expresiones, las cuales dejan un saldo importante de víctimas directas o secundarias que, tal como lo expone Huggins (2010), no tienen atención desde los servicios de salud ni desde las políticas públicas en general. Estas y otras situaciones a las que me referiré no son necesariamente exclusivas de las comunidades de bajos recursos, pero sí de poblaciones marginadas socialmente por alguna condición que las coloca en un lugar de desventaja social.

De allí la pertinencia de textos como el de Martín-Baró y colaboradores (1990), *Psicología Social de la Guerra*, que, desde una perspectiva psicosocial, incorporan la necesidad de comprender el trauma social, proceso del cual la psicología comunitaria no se ha ocupado usualmente y que, la psicología clínica tampoco ha manejado acompañado del adjetivo social de manera habitual. Molina (2010) concuerda con ello al referir al contexto del conflicto armado en Colombia, en el que con tantos afectados

(3 millones) se requiere trascender lo individual para construir una sociedad cooperativa y fortalecer el tejido social.

Tales desafíos se ven reflejados en las interrogantes que se plantea Pérez de Antelo (2003), desde su experiencia como terapeuta, a partir del trabajo con un niño abusado sexualmente por un amigo de su tío, quién a su vez abusó del primo del niño, también atendido por otra terapeuta en el mismo servicio, y victimario de al menos diez niños más que salieron a la luz pública luego de la denuncia de la familia afectada.

Estas interrogantes son:

¿cómo trascender las paredes del consultorio para llegar a esos niños desprovistos?, o ¿cómo comprender este terrible fenómeno en la realidad de nuestra sociedad y cómo intervenir buscando disminuir su incidencia?, o ¿cómo, al menos, concienciar a las personas para que protejan a sus hijos, de manera de garantizarles una infancia más sana y así lograr una mejor sociedad? [...], ¿Cómo incluso lograr políticas que protejan a los niños considerando el abuso infantil como un problema de salud pública? (Pérez de Antelo, 2003, p.180-181)

Sin duda, estas preguntas dan cuenta de un límite de la psicología clínica tradicional que demanda una aproximación distinta vinculada a un trabajo con las comunidades, la necesidad de otro modo de actuación que pueda traducirse en una alternativa que permita el acceso a los servicios de salud por parte de la población más desventajada socialmente, lo cual incide en su bienestar psicológico y su salud mental.

Esta situación de desventaja, la mayoría de las veces es naturalizada por las personas que las viven, quienes se sienten impotentes ante estas condiciones y las

dificultades de acceso a los servicios de salud mental. Es así que cuando algunos de estos servicios se hacen accesibles, la búsqueda de atención psicológica por parte de las personas de sectores de bajos recursos se hace inminente, siendo mayor la demanda que la capacidad de atención.

No obstante, dicho acceso requiere replantear algunos aspectos vinculados al tratamiento, tal es el caso del encuadre, en tanto esquema estandarizado de horas fijas como recurso interpretativo, concepto heredado del modelo clínico, especialmente el psicodinámico. Esta reformulación obedece a que, para las poblaciones que viven en sectores populares, la asistencia a las sesiones planificadas, en muchos casos, no es del todo posible dada la presencia de variables como la no disposición de recursos económicos para trasladarse y alguna situación familiar o comunitaria que impida la salida de la casa, entre otras (Rodríguez, 2003).

Desde mi experiencia profesional en servicios de psicología y centros de salud tanto a nivel de fundaciones, ONGs o servicios públicos, he constatado que muchas veces las personas deben esperar meses para ser atendidas, a pesar de la premura que ameritan los casos, principalmente, los vinculados a situaciones de violencia.

Ante estas circunstancias, con una incidencia tan alta, se hacen necesarias prácticas de atención psicológica desde una perspectiva que permita entender los aspectos clínicos, pero enfocados en el contexto concreto de las comunidades. Esto buscando que la propia comunidad pueda convertirse en co-partícipe de la solución de estas problemáticas, proporcionando redes de apoyo, manejo básico de esas situaciones

y búsqueda de alternativas no solo para solventarlas sino para prevenirlas. Al respecto, Capagnaro de Solórzano (1999), afirma:

Se ha observado [...] la necesidad real y sentida de solventar problemas de índole psicológica, a través de una atención especializada de la población de menos recursos, quien exhibe un incremento en su demanda de los servicios psicológicos [...] que debe ir más allá de la sola intervención terapéutica individual y también atender los requerimientos de la salud de las comunidades, a través de la participación de sus miembros. De esta manera, se contribuye a solucionar y prevenir problemas psicológicos y sociales que los aquejan, para producir cambios en sus ambientes familiares y comunitarios. (p. 118)

Llorens (2006) explica cómo en Venezuela la situación sociopolítica ha llevado a reflexionar y cuestionar el ejercicio de la psicología clínica, dadas sus limitaciones para atender e incluir las dimensiones culturales, políticas, sociales y económicas de las personas con las que se trabaja, así como los posibles efectos de culpabilizar y estigmatizar a las personas vulnerabilizándolas. Existen esfuerzos en distintos lugares del mundo para desarrollar una clínica sensible a estas variables, aunque no se ha logrado a todo nivel.

Según el autor, esta poca sensibilidad en torno a estas dimensiones culturales, económicas y sociales se observa en la historia de la psicología en las apreciaciones machistas en la “identificación de la psicopatología”, de la envidia del pene propuesta por Freud y la protesta masculina considerada por Adler. A ello podríamos sumar otras formas de patologización como la de la homosexualidad o el poco reconocimiento a

ciertos grupos étnicos, discriminados por sus creencias y lenguaje en las formas de atención clínica tradicional.

Otros de los cuestionamientos a la clínica a los que alude Llorens (2006) recogiendo las ideas de Corsi (2003) y Evans (2004) son: no disponer de teorías o manuales para dar cuenta de problemáticas como la violencia y el abuso sexual infantil, a pesar de la existencia de evidencia empírica respecto de cómo dichas problemáticas forman parte importante de la etiología de trastornos mentales. Sobre ello, complementa lo siguiente:

...el descuido de las variables contextuales en la comprensión (en la clínica), contribuye a silenciar a no nombrar problemas de poblaciones en situaciones de desventaja, como lo son los niños y niñas en los hogares violentos, que la cultura dominante mantiene invisibilizados [...]. Así pues, aquel que ha vivido en situaciones de desventaja y opresión, corre el riesgo de ser etiquetado como enfermo y dirigido a los centros de tratamiento para ser 'recuperado'. (p. 104)

Ante esta panorámica, es necesario gestar alternativas, como la Psicología Clínica-Comunitaria (PCC), que se ha venido desarrollando en Venezuela. En tal sentido, colocar el apellido de social o comunitario a lo clínico es una manera de recordar permanentemente esta necesidad de incorporar lo contextual (Llorens, 2003; 2006).

Por su parte, Góis (2012) alude a tres dificultades para atender el sufrimiento de las personas de los sectores populares:

- Las asociaciones comunitarias están abocadas a atender hechos sociales y materiales desconectados de la vida personal de los/as habitantes de sus comunidades.
- En los Consejos Municipales de Salud (podríamos hablar de entes responsables de la salud en cualquier país latinoamericano) la comisión de salud mental es prácticamente inexistente y la atención referida al sufrimiento psicológico es nula.
- Los/as profesionales y los/as estudiantes de cursos de formación en psicología no suelen interesarse o recibir instrucción sobre la visión comunitaria, pues se quedan anclados/as en concepciones, métodos y posturas tradicionales, distanciados/as de la realidad social y más aún de la realidad social de la periferia.

Entonces, ¿cómo integrar las necesidades de las comunidades tanto en la superación del dolor, como en la ayuda material y social?, cuando la población oprimida no tiene quien atienda su sufrimiento y su crisis existencial. Ello amerita que, los cursos de psicología se interesen por tal problemática y la comprendan desde la perspectiva de la Psicología Clínica-Comunitaria (Góis, 2012).

Dicha formación podría disminuir la frustración que genera a los/as profesionales de la clínica trabajar con personas en circunstancias de vulnerabilidad, pues son tantas las carencias y los problemas sociales que atender como urgentes que, las necesidades emocionales pasan a un segundo lugar (Llorens, 2003, 2006). De igual forma, el que las personas no se queden en un proceso de psicoterapia por más tiempo

desanima a los/as profesionales, ya que apenas sienten alguna mejoría, las personas optan por no continuar (Llorens, 2003).

Es allí donde la Psicología Clínica-Comunitaria puede tener un lugar significativo, ya que la atención de estas circunstancias de vulnerabilidad excede lo que puede hacerse tanto desde un enfoque terapéutico individual como desde una mirada psicosocial comunitaria, en tanto se amerita una visión más integral. Para Molina (2010), el desafío de la PCC es trascender “las prácticas personalizadas” propuestas por la psicología individual, fundamentada en las experiencias que promueven la SM, la SMC, el bienestar y la felicidad de las comunidades.

Los argumentos antes expuestos dan cuenta de la pertinencia de la PCC para atender las problemáticas y sufrimiento de las personas que viven en condiciones de desventaja social. Ello permite vislumbrar la utilidad de recoger las perspectivas de estas personas e incluirlas de manera integrada al conocimiento disciplinar a fin de que la praxis desarrollada por los profesionales pueda aportar a mitigar los efectos en la salud mental de las personas y promover su bienestar de manera contextualizada en tanto seres relacionales capaces de desplegar acciones en pro de su salud mental.

Esta perspectiva clínica-comunitaria ha emergido, a principios de este siglo, en algunos países latinoamericanos, entre los que se encuentran, principalmente, Brasil, Perú y Venezuela. En Brasil ha tendido lugar en la Universidad de Fortaleza, en Ceará; en Venezuela se ha desarrollado desde el Postgrado de Psicología Clínica-Comunitaria de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), en Caracas.

Por su parte, en Lima-Perú, la Pontificia Universidad Católica del Perú a unido esfuerzos de intervención y reflexión con profesionales pertenecientes a organizaciones públicas y asociaciones civiles que trabajan en el campo de la salud mental para dar respuesta a situaciones propias de su contexto, como son la violencia en diferentes expresiones y, en particular, los efectos del conflicto armado interno (CAI)¹. Allí, inicialmente se usó la denominación de intervención clínica-comunitaria, pero actualmente prefieren hablar de salud mental comunitaria, aspecto que explicaré en otro apartado.

A partir de la producción generada desde estas iniciativas, otros países (México, Colombia, Chile) han desarrollado algunas experiencias y reflexionado en torno a la pertinencia de la PCC.

La especialización en PCC de la UCAB, único espacio de formación en esta área hasta la fecha, ha abierto un horizonte para desarrollar la visión clínica-comunitaria, sin lograrlo aún a cabalidad, pues sus egresados/as, si bien se muestran sensibles a este enfoque, continúan desarrollando una práctica clínica individual. Así mismo, consideran que existen algunos elementos que parecieran estar bastante claro y coherentes en la disciplina, sobre todo en lo referente a la autodefinición y a la concepción de ser humano y de salud mental. Pero, en sentido opuesto, existen algunos vacíos y contradicciones en cuanto al rol y a la definición de la PCC, lo cual afecta directamente la intervención, y obedece, en parte, al estadio inicial en el proceso de construcción en el que se encuentra esta área de la psicología (Balda, 2006).

¹El conflicto armado interno (CAI) en Perú fue un enfrentamiento entre los grupos subversivos (Partido Comunista-Sendero Luminoso y Movimiento Revolucionario Tupac Amaru) y el Estado peruano, a través de las Fuerzas Armadas, que tomó lugar entre 1980 y 2000 (Comisión de Entrega de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2008).

Cabe mencionar que las prácticas en este postgrado están separadas en clínica y comunitaria, ello da cuenta de la escisión entre estos ámbitos. En las prácticas clínicas los/as estudiantes se limitan a atender casos individuales en un determinado centro de salud, mientras que en las comunitarias se desarrolla un trabajo de investigación-intervención en una comunidad, lo cual es sistematizado en un informe técnico por cada equipo que desarrolla el trabajo.

Del mismo modo, al hacer una revisión general de las tesis y artículos publicados en la *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria* de la UCAB, la única especializada en PCC acorde a su nombre, no se observa claramente el tratamiento de temas que pudieran considerarse propios de este enfoque; más bien existe tendencia al campo clínico tradicional y en algunos casos al campo psicosocial comunitario.

Desde el ámbito académico, es necesario, entonces, tener un modelo que permita abrir un camino en la formación dentro de esta perspectiva, a fin de que los/as profesionales puedan abrir prácticas alternativas de trabajo psicológico y tener injerencia en las organizaciones en las cuales participan para implementar esta psicología clínica-comunitaria.

A partir de lo hasta acá presentado, se hace claro que para abordar el tema de la Psicología Clínica-Comunitaria en América Latina, es necesario hacer dos acercamientos: uno desde la aproximación a la realidad social, a la que he aludido antes, y otro desde las preocupaciones y desarrollos teóricos-metodológicos. Es decir, ha de incluir el devenir teórico y la “intervención” o la puesta en práctica de la misma, lo cual

implica las voces, miradas y vivencias de quienes han estado involucrados/as en este accionar, ya sea en la participación de las “intervenciones” y/o en el desarrollo de las reflexiones y propuestas en torno a la conformación de la PCC, lo cual constituye el norte de este trabajo.

Para Ussher (2012) es necesario tender puentes entre la PCI y la PSC dada la complejidad de las demandas hacia los/as psicólogos/as, vinculadas a las situaciones de pobreza y exclusión social. Sin embargo, se pregunta: “¿Podemos hablar de una Clínica Comunitaria?” (p. 309).

Esta pregunta es similar a la planteada por otros/as autores/as, en distintos momentos durante dos décadas (Bang et al., 2020; Molina, 2010; Morandé Dattwyler, 2015; Parra, 2016; Pérez de Antelo, 2003; Rodríguez, 2003; Valenzuela Contreras, 2015), sobre todo, en lo que respecta a si es posible la integración, a pesar de que se considera necesaria. Integración en la que confluyan lo clínico y lo comunitario, el primero centrado en la cura de la enfermedad, y el segundo con énfasis en los recursos para promover el bienestar. Ambos tienen un mismo fin, pero aún no emplean la misma ruta para alcanzarlo y provienen de dos modelos de salud diferentes, el médico y el psicosocial, respectivamente.

En este sentido, Rodríguez (2010) expone que la intersección de estos dos saberes (clínico y comunitario) supone partir de ellos para superarlos, sintetizarlos o amalgamarlos, en el peor de los casos. La demanda de la mayoría de estos/as autores/as parece colocarse más desde el lugar de la praxis², en tanto la realidad exige estas nuevas perspectivas. Son menos los/as autores/as que se aventuran a proponer principios,

²Desde la PCC, el término de praxis (Freire, 1978) es el que corresponde emplear, en tanto la práctica va siempre acompañada de la reflexión. Sin embargo, en algunos momentos emplearé el término práctica, quehacer, desempeño, en el mismo sentido que praxis para evitar tantas repeticiones en el texto.

nociones y estrategias, salvo aquellos a los/as que consideraré como exponentes de la PCC en el marco referencial y como colaboradores/as del estudio.

Pérez de Antelo (2003) se hace algunas preguntas, a partir de cuatro enfoques hipotéticos respecto a donde ubicar a la Psicología Clínica-Comunitaria (clínico con sensibilidad social, comunitario con consideraciones clínicas, clínico como comunitario, clínico-comunitario propiamente dicho): ¿cuáles son los límites/fronteras de la psicología clínica-comunitaria?, ¿es un asunto de matices y proporciones que se coloque en una u otra perspectiva?, ¿cuál será el matiz que corresponde a la clínica-comunitaria?, ¿tendrá que ver con el orden de los denominadores en su nombre?

Al parecer, la vía ha de ser una nueva visión, que tal como ocurrió con la Psicología Comunitaria, en su surgimiento, se alimente de nuevos desarrollos. En Perú (Pezo del Pino et al., 2008), Venezuela (Llorens, 2006; Montero y Goncalves de Freitas, 2010; Rodríguez, 2010), Brasil (Góis, 2012), México (Koh Yah y Castillo León, 2014) y Chile (Gaspar Candia y Valenzuela Contreras, 2015) se habla propiamente de Psicología Clínica-Comunitaria, y tal vez también en otros países en los que en este momento no tengo conocimiento, aunque como he mencionado en Perú en la actualidad han optado por referirse a SMC. En Paraguay se ha empleado el término Clinitaria (Barúa, 2010; 2011). Lo que corresponde saber es si nos referimos a los mismos principios, métodos y procesos.

Molina (2010) alude a que esta nueva mirada requiere un marco teórico-metodológico que, de sostén y congruencia entre la comprensión de Ser Humano, de sociedad, de intervención y la metodología; considerando los aspectos éticos y

políticos. De esta manera, para el autor, las preguntas centrales serían: ¿cuál es la concepción del sujeto? y ¿cuál es la comprensión del asunto clínico?, p.e. ¿lo psicoterapéutico puede realizarse sin que ello sea clínico?

En la misma línea, Rodríguez (2003), expresa que, como todo campo reciente, la PCC requiere precisar elementos de su acción para delimitar un marco de conocimientos propios. Pérez de Antelo (2003) coincide con ello, aludiendo que es poco el camino recorrido en este sentido por la PCC y que la práctica debe dar respuestas para la posibilidad de concebir la PCC como un enfoque teórico que sea un verdadero aporte al bienestar del ser humano.

Al respecto, existen una serie de avances en torno a formular aspectos teóricos y metodológicos para la PCC, propuestos por algunos/as autores/as (Góis, 2012; Montero, 2010; Montero y Goncalves de Freitas, 2010; Pezo del Pino et al., 2008; Rodríguez, 2003; 2010), los cuales ampliaré en el marco referencial.

De igual manera, hay una serie de experiencias formuladas desde la PCC (Da Silva y Martínez, 2015; Fernández Cid et al., 2014; Koh Yah y Castillo León, 2014; Márquez, 2008; Morillo, 2006; Pérez y Jibaja, 2009; Pérez y Wurst, 2013; Torres, 2009; Villa Gómez et al., 2016).

Estos/as autores/as, sea que refieran a planteamientos de carácter más teórico-metodológico o a experiencias de aplicación, siguen mostrando reflexiones, interrogantes y cuestionamientos que apuntan hacia la necesidad de un diálogo en torno a esta perspectiva, en la que pareciera aún no haber suficiente claridad. Estas inquietudes son fundamentales en el proceso de construcción de la PCC por lo que he

considerado relevante plasmarlas acá, aunque no necesariamente serán todas ellas respondidas en este estudio.

Todo lo expuesto muestra cómo ha sido la propia realidad la que ha requerido el surgimiento de la PCC, pudiendo esta aportar de una manera distinta a determinadas problemáticas que afectan a las comunidades. Sin embargo, en el camino hay una serie de discusiones que se han ido presentando en torno a la consolidación de la misma, las cuales pueden afectar su accionar en pro de aportar a dicha realidad.

En este sentido, se evidencia la pertinencia social a la vez que, la pertinencia disciplinar de este estudio. En cuanto a la pertinencia social, la investigación contribuirá a la comprensión y abordaje integral del sufrimiento psicosocial, generado en las comunidades producto de las condiciones de vida desiguales; cuyo incremento reflejado en los índices de pobreza y la falta de acceso a los servicios se ha convertido en un problema de salud pública que, ha impactado la salud mental de las comunidades. Así, entender la salud mental comunitaria e impulsar estrategias para potenciarla, incluyendo la perspectiva de los/las actores/as comunitarios/as se convierte en un aporte significativo.

Por su parte, la pertinencia disciplinar de este estudio, se reflejará en su aporte al desarrollo de la PCC permitiendo entender las relaciones con sus disciplinas de origen, la psicología clínica y la psicología comunitaria y los aspectos que van conformando su propia identidad y, por tanto, el desarrollo de su praxis, que redundará a la vez en su contribución social.

Ello, es explicitado por quienes, desde la PCC, consideran necesario dar respuesta a ciertas interrogantes relacionadas con la misma, así como profundizar en sus fundamentos teóricos-metodológicos; dando cuenta de la importancia de este estudio en la contribución a la producción de conocimiento de una subdisciplina joven, permitiendo integrar lo hasta ahora desarrollado desde la academia y alimentándolo con otras voces ausentes en el discurso académico, que favorezcan el progreso de una praxis acorde con las necesidades y recursos de las propias comunidades.

De tal manera que, esta investigación sistematiza conocimientos divulgados académicamente y los producidos en diálogo con diversos actores involucrados en el devenir de la PCC en América Latina, para dar cuenta de aspectos constitutivos de esta y contribuir en su fundamentación paradigmática, teórico-metodológica y praxis comunitaria. Ello a su vez, redundará en el enriquecimiento de programas de formación en el área, ya sean los existentes o los que puedan desarrollarse posteriormente.

Al respecto, además de la tesis de Balda (2006), no he ubicado otros trabajos centrados en investigar en torno a la PCC como tal, por lo que resulta importante abrir esta línea de trabajo, lo cual ha sido expresado por varios/as de los/as colaboradores/as de este estudio en las entrevistas realizadas.

En este sentido, Bang et al. (2020), manifiestan la relevancia de abrir espacios de diálogo para que los/as profesionales podamos discutir algunos aspectos que nos puedan interpelar, tal es el caso de los prejuicios para aquellos que deciden romper con el ideal de la práctica del psicólogo, que es la atención individual en el consultorio privado, siendo que las actividades comunitarias a veces son consideradas menores

para aquellos que no lograron hacer clínica. De tal modo que, “¿cómo salir de esta encrucijada cuando son escasos los espacios colectivos al interior de los equipos profesionales donde se puedan problematizar estas cuestiones?” (p.61).

En este artículo, las autoras emplean sub-títulos cuestionadores que a mi modo de ver son inspiradores para hacer una investigación de este tipo, por lo que los cito: “¿Vos que hacés? ¿Clínica o comunitaria?”; “En serio, ¿vos sos psicóloga?”; “Yo ya no puedo hacer nada... te derivo a la psicóloga”; “Cosas de mujeres”. Asimismo, las autoras expresan:

Concluimos este escrito con la expectativa de poder contribuir a generar y sostener transformaciones posibles que permitan habilitar nuevas formas de abordaje en el territorio como prácticas desobedientes. En este sentido, vislumbramos que este mismo escrito se constituye en un acto desobediente, que nos permite visibilizar múltiples lógicas que se entranan en las prácticas, para interrogar nuestro lugar y posición en ellas. (Bang et al., 2020, p.68)

Finalmente, desde la mirada crítica que asumo en este estudio, me cuestiono la existencia de un desbalance en la difusión del conocimiento, existiendo una especie de élite conformada por quienes escribimos desde la academia. Esta situación ha sido discutida por algunos/as profesionales que han denunciado el echar de menos otras voces en los congresos y revistas, pues sólo se produce un intercambio entre académicos/as. En este estudio, reivindico y reconozco esas prácticas, experiencias y reflexiones que por los motivos antes señalados no se visibilizan y que tienen tanto que aportar, en este caso a la PCC.

Para efectos de este trabajo, las siguientes son las preguntas claves a las que busco responder:

- ¿Cuáles son los puntos de encuentro y desencuentro de los enfoques clínico y comunitario en función del aporte que pueden brindar a la Psicología Clínica Comunitaria?
- ¿Cuáles son, o han de ser los principios que guíen la Psicología Clínica Comunitaria?
- ¿Cuáles son las técnicas y métodos que deben asumirse desde la Psicología Clínica-Comunitaria?
- ¿Cuáles son los procesos Clínico-Comunitarios?
- ¿Cuáles son los retos que le toca asumir a la PCC?

Dado que mi objeto de estudio es la propia PCC, a lo largo del marco referencial, continuaré generando cuestionamientos, reflexiones e interrogantes al respecto.

3. Objetivos de la Investigación

Los objetivos de investigación son los siguientes:

3.1. *Objetivo General*

- Construir con diversos actores, los contenidos constitutivos de la Psicología Clínica-Comunitaria

3.2. *Objetivos específicos*

- Establecer los aportes de la psicología clínica y la comunitaria a la Psicología Clínica-Comunitaria.
- Actualizar los principios de la Psicología Clínica-Comunitaria.
- Resignificar las estrategias empleadas en la Psicología Clínica-Comunitaria.
- Evidenciar los procesos Clínico-Comunitarios.
- Formular los retos de la Psicología Clínica-Comunitaria.

CAPÍTULO II

Marco Referencial: Conocimientos Producidos en torno a la Psicología Clínica-Comunitaria

Este marco referencial no sólo ofrece una fundamentación teórica y conceptual para orientar lo que se investiga, sino que se constituye en sí mismo en un primer resultado de la investigación, en tanto el objeto de esta es la construcción de los aspectos constitutivos de la PCC. Así, la información acá concentrada ya representa parte de esa construcción a la cual yo daré continuidad, ampliando y profundizando los contenidos de esta subdisciplina.

Esta continuidad la realizaré, en primer lugar, organizando en este capítulo, a manera de análisis documental, lo producido en la clínica-comunitaria, para luego incluir otras voces a lo largo de la investigación que, ofrezcan miradas y contenidos para este modelo; estas pueden coincidir con lo ya producido, ampliarlo o en todo caso resignificarlo.

Para elaborar este capítulo he requerido revisar y categorizar los contenidos de las producciones en torno a la subdisciplina, obteniendo una sistematización que conjuga las propuestas de diferentes autores/as, las cuales se complementan más que contrastan, y que yo he ordenado de lo más general a lo más específico. Inicio con los antecedentes y el surgimiento de la disciplina, para dar paso a los elementos constitutivos que abarcan desde la propia definición de la PCC, sus principios y enfoques hasta las estrategias de trabajo. A ello, he sumado los aspectos referidos a la

concepción de salud mental para finalmente, centrarme en las experiencias prácticas desarrolladas desde este marco.

A lo largo del capítulo, se evidencia que hay autores/as que ofrecen más insumos en los diversos temas o quienes se concentran más en algunos de ellos. Por otro lado, quienes escriben hacen uso de manera indistinta de los términos de psicología comunitaria y psicología social comunitaria, así como de psicología clínica-comunitaria y salud mental comunitaria. En el primer caso, teniéndolo claro no genera mayor dificultad, sin embargo, el segundo tendrá que entenderse específicamente, acorde al país que representa quien lo mencione, lo cual explicaré oportunamente.

1. Antecedentes Disciplinarios de la Psicología Clínica-Comunitaria

1.1. La Psicología Clínica y la Psicología Comunitaria: Pilares de la Fundamentación de la PCC

Antes de presentar a la Psicología Clínica-Comunitaria es necesario hacer una breve mención a algunos aspectos básicos de la psicología clínica y la psicología comunitaria, pues estas se consideran las dos disciplinas de las cuales se desprende el enfoque clínico-comunitario. Intentar trazar los lineamientos de un camino que nos permita perfilar como es que ambas se convierten en las raíces de la PCC puede resultar extraño, ya que estas disciplinas surgen en momentos de la historia completamente distintos, teniendo la clínica más de un siglo de existencia (1896), mientras que la comunitaria apenas alcanza un poco más de medio siglo de vida (1965).

No obstante, en su devenir, en la que cada una ha delineado su propio camino independiente de la otra, usualmente ha habido elementos que permiten vislumbrar el interés de la una por la otra, pues, tal como comenta Montero (2010), se trata de una relación compleja de flujo y reflujo, y de tensión entre sus campos. Así, el Psicoanálisis, ha incursionado desde siempre en lo social, por ejemplo, al hablar del carácter neurótico de la sociedad y la cultura y las condiciones patologizantes del poder y la sumisión, aunque siempre se ha mantenido centrado en el individuo, lo cual se evidencia en los textos de Freud: *El Malestar de la Cultura*, *Psicología de las Masas* y *Tótem y Tabú*.

Ussher (2012) menciona que, en su país, Argentina, inicialmente la práctica de la clínica estuvo muy vinculada a lo social-comunitario, pero luego “las circunstancias socio-históricas” (p.311) fueron ocasionando la fragmentación y el aislamiento entre estas dos áreas, con un desbalance en el crecimiento hacia la clínica.

Por su parte, en el texto de “Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y Transformación” (Montero y Serrano-García 2011) se puede evidenciar cómo la psicología clínica forma parte de las primeras iniciativas comunitarias desarrolladas en varios países (Argentina, Chile, Colombia, México, Perú, Puerto Rico). En este sentido, Casa Moreno (2014) menciona que, en la labor del/ de la psicólogo/a clínico/a, además de las actividades propiamente clínicas (evaluación, diagnóstico y tratamiento) se suman la investigación y el trabajo comunitario.

Casa Moreno (2014) hace una revisión de varios conceptos de lo que es psicología clínica encontrando elementos comunes, los cuales ordena en la siguiente

definición: “una disciplina científico-profesional, con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación, el diagnóstico, tratamiento e investigación en el campo de los trastornos psicológicos o mentales” (p.6).

Tal como expresa Pelaez (2009, como se citó en Casa Moreno, 2014) la psicología clínica es pluridiversa en pensamientos y teorías. Su fin es el bienestar y la adaptación, e intervenir sobre el malestar y el sufrimiento, teniendo la observación como método privilegiado y la evidencia empírica como sustento. Además, dispone de “métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos” (Casa Moreno, 2014, p.7).

Resnick (1991, como se citó en Trull y Phares, 2003) coincide con estos objetivos a los que denomina habilidades principales de los/as profesionales de la psicología e incorpora la aplicación de principios éticos y profesionales. Acorde a Resnick, a estos/as profesionales se les distingue por el manejo de las áreas de personalidad y psicopatología y la de integración de ciencia, teoría y práctica. Sus actividades centrales o de mayor dedicación son la psicoterapia y el diagnóstico. Su práctica, para la mayoría de los/as profesionales, tiene lugar en el ámbito privado.

El campo de la psicología clínica comprende la investigación, la enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes. (Resnick, 1991, como se citó en Trull y Phares, 2003, p.7)

En cuanto a la psicología comunitaria, Montero en el 2004 hace mención de su definición, formulada en 1982, que versa lo siguiente:

...rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales, que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y la estructura social. (p.70)

No obstante, la autora luego de revisar dicha definición considera que hay tantas cosas que decir de la disciplina que prefiere evitar una “definición-río”, considerando que, con el cuerpo teórico del cual se dispone hoy, no es necesario hacer una definición, sino mostrar sus elementos centrales. Así pues, esta disciplina se caracteriza por ocuparse de los procesos psicosociales en su contexto cultural y social, los cuales se consideran relativos, pues la comunidad es un ente activo y los/as agentes sociales son constructores de la realidad. También, es preventiva, se focaliza en los recursos y potencialidades, y genera intervenciones que buscan el cambio personal, social y comunitario, y la producción de conocimiento a través de la reflexión y la crítica. Dada su condición política supone la formación ciudadana y el fortalecimiento de la sociedad civil (Montero, 2004).

Las cuatro áreas centrales de práctica profesional son la prevención, la intervención e investigación de carácter participativo y la evaluación. El/la psicólogo/a comunitario/a se define como un catalizador social, es decir que facilita los procesos de la comunidad en la dirección que ésta los dispone (Montero, 2004). Su método por excelencia es la Investigación Acción Participativa (Fals-Borda, 1959), que prioriza el trabajo conjunto con las personas de la comunidad.

Desde su propuesta académica, ambas disciplinas comparten entre sus áreas principales la evaluación y la investigación. Y de manera distinta, la comunitaria habla de intervención y la clínica, de tratamiento que, aunque tengan el mismo sentido, el

foco principal va más en la línea del fortalecimiento en la primera y de la cura en la segunda. Esto es cónsono con el otro objetivo central, la prevención en la comunitaria y el psicodiagnóstico en la clínica, los cuales, si bien son empleados por ambas, solo aparecen en una de ellas como área central en su definición.

En función de lo anterior podemos encontrarnos con dos disciplinas que colocan su énfasis en puntos diferentes, ubicados casi en los extremos, pero no por ello contradictorios. Mientras la clínica apunta a lo individual, a lo curativo y a la práctica privada, sin desestimar el contexto; lo comunitario se orienta a lo social, lo preventivo, sin dejar de valorar el fortalecimiento personal.

Tal como expone Casa Moreno (2014), el énfasis de la clínica históricamente han sido los trastornos mentales y la mayoría de los/as autores la equiparan a la psiquiatría, lo cual la coloca en una línea más cercana al modelo biomédico y ello, se observa claramente en los artículos que discuten el tema de la integración entre lo clínico y lo comunitario como una necesidad vinculada a la atención primaria en salud (Bang et al., 2020; Koh Yah y Castillo León, 2014; Morandé Dattwyler, 2015; Parra, 2016; Ussher, 2012), los cuales son escritos, en gran parte, por profesionales que trabajan en servicios de este tipo, donde, en palabras de Ussher (2012):

La tarea que se nos asigna (a los psicólogos) en ese ámbito está fundamentalmente centrada en la asistencia psicoterapéutica, aunque, cada vez se aprecia más nuestro aporte en las áreas de promoción, protección y prevención. Se valoran las contribuciones de la Psicología Social Comunitaria, sobre todo en temáticas relacionadas con el fortalecimiento de la participación comunitaria, el trabajo con redes sociales, el diseño de estrategias comunitarias de educación popular, los diagnósticos participativos, el trabajo en equipo, etc. (p. 309)

Así, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han de ser parte del rol de lo clínico, aunque usualmente es una tarea netamente comunitaria, la cual

implica analizar situaciones que generan riesgos para la salud, difundir estudios vinculados a la problemática y proponer aspectos que permitan prevenir la enfermedad. Ello implica trabajar a nivel individual, familiar, grupal y comunitario (García et al., 2008, como se citó en Casa Moreno, 2014).

De esta manera, la promoción y prevención parecen ser un ámbito en el que ambos campos son convocados para actuar en la actualidad. Así, hay un reconocimiento de los aspectos contextuales (históricos, culturales, sociales, económicos) en la psicoterapia y una incursión significativa de la clínica y también de la psiquiatría en el ámbito de la promoción y prevención de la salud.

1.2. La Antipsiquiatría, la Psiquiatría Preventiva y la Salud Mental Comunitaria: Modelos Orientadores para el Abordaje de la Salud Mental

La Antipsiquiatría, tal como lo expresa Basaglia (1991), no es una técnica que se puede incorporar dentro de la psiquiatría, sino que es un movimiento crítico que se opone a los cánones establecidos como absolutos, en tanto mecanismos de control, en los cuales se separa al “sano” del “enfermo” a partir de una codificación de la enfermedad, lo cual no resulta útil ni para el/la enfermo/a ni para la enfermedad. Enfermedad que es definida según el lugar social de los/as enfermos/as y que está fundamentada bajo los parámetros de la normalidad, es decir, de lo que rompe con el orden social.

Este movimiento saca del ámbito de la ciencia la discusión acerca del papel de los/as usuarios/as de los servicios para convertirlo en un debate público en el que dichos

usuarios/as tienen el derecho a expresarse e incorporarse a las tomas de decisiones. Además, ha sido considerada como influencia teórica de la psicología comunitaria en Chile y Brasil (Krause et al., 2012; Quintal de Freitas, 2012).

Esta reseña sumamente breve pretende mostrar cómo este movimiento colocó las bases para que el tema de la salud mental pudiera democratizarse y cuestionarse más allá del lugar de poder ocupado por la medicina, representada en este caso por la psiquiatría, la cual, aún en la actualidad, sigue ocupando lugares de poder dentro del campo de las ciencias de la salud, siendo que, por ejemplo, la psicología en la práctica es subordinada en los espacios en los cuales laboran médicos/as.

De esta manera, en el desarrollo del modelo de salud psicosocial, que emerge en contraposición al modelo médico tradicional, a los cuales me referiré después, se trasluce claramente la influencia del movimiento antipsiquiátrico; lo cual a su vez abrirá el camino para que sea posible hablar de una clínica-comunitaria.

Por otra parte, dentro de la psiquiatría han emergido otras líneas que abren paso al campo comunitario como lo es la Psiquiatría Preventiva desarrollada por Caplan (1964, p.34, como se citó en Pérez de Antelo, 2003) y definida como:

...el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir 1) la frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria), 2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria) y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria). (p.182)

No obstante, Pérez de Antelo (2003) advierte que esta visión fundamentada en la prevención y promoción asumidas por Caplan (1964) y Fernández Álvarez (1994), si bien contextualiza la atención de los problemas de salud mental, proponiendo salir del consultorio para asumir una comprensión más compleja, dejan por fuera la dimensión dialógica de la relación psicólogo/a-“paciente”, lo cual, a consideración de la autora, pareciera no corresponder con lo que esperamos de la psicología clínica-comunitaria.

Por su lado, el modelo de Salud Mental Comunitaria o Salud Comunitaria, que emerge en EEUU, es otro de los enfoques que se constituye como antecedente en el desarrollo de la PCC, siendo asumido en contextos donde la psicología clínica convencional ocupaba un lugar preponderante, cerrando las posibilidades de acceso a la atención de problemas de salud mental a gran parte de la población, en especial de bajos recursos.

Este es un modelo dentro de la psicología comunitaria, que según Tyler (1985) está alineado con los modelos de salud pública, considerando los desórdenes mentales como enfermedades y en cuyo caso a la psicología comunitaria le corresponde estudiar las condiciones sociales que los suscitan, a fin de actuar sobre estas condiciones para evitar la aparición de los trastornos, mitigar el malestar que producen o propiciar la mejor recuperación.

Surge como descontento a la inadecuación del trabajo clínico para atender las necesidades de esta población, por lo que se debe influir en las instituciones sociales causantes de las condiciones que ocasionan los trastornos mentales (Murrell, 1973,

como se citó en Montero, 2010). Se debe, entonces, buscar respuestas más efectivas que las formas tradicionales de psicoterapia para atender los trastornos mentales sin que ello implique desecharla (Montero, 2010).

De hecho, este enfoque emerge como crítica y reacción al modo como se ofrecen los servicios de salud. Sus postulados básicos son expuestos por Chacón y García (1998) de la siguiente manera:

- a) Crítica a las definiciones tradicionales e intrapsíquicas de la enfermedad mental.
 - b) Énfasis en los factores sociales como origen de los problemas de salud mental.
 - c) Interés por una mejor y más equitativa distribución de los recursos de salud mental.
 - d) Definición de la comunidad como una red de relaciones interpersonales.
- (p.34)

La intervención en crisis, la terapia breve y la consulta en salud mental son sus principales formas de intervención. Tal como lo expresan Chacón y García (1998), este modelo sigue centrado en intervenciones individuales y no incluye los factores sociales y políticos.

Montero (1994) plantea como desde la intervención psicosocial comunitaria en Latinoamérica se propone, más bien, un movimiento en el cual las instituciones públicas pueden ser involucradas, pero no como rectoras de la acción sino como proveedoras de servicios exigidos por la comunidad. Así, el énfasis está entonces no en la creación y mejoramiento de los servicios en la comunidad por parte de

organizaciones que son fortalecidas a tal efecto, si no en la transformación y fortalecimiento de grupos humanos que pasan a ser los agentes internos de su propio cambio.

En este sentido, el carácter central que asume la salud mental en el ámbito estadounidense no recibe la misma atención en América Latina, donde la salud compete con otras necesidades básicas determinadas, en cada caso, por la comunidad involucrada en el proceso. Esta podría ser una de las razones por las que, como veremos, la PCC aparece posteriormente en este continente (Montero,1994).

1.3. El Modelo de Salud Mental Comunitaria Como Apuesta Política en América Latina

Las propuestas antes mencionadas provenientes de Europa y Estados Unidos han marcado un hito en como repensar la concepción y atención en salud mental, lo cual ha ido produciendo movilizaciones en Latinoamérica y gestando reformas de ley o al menos modelos de gestión de centros de Salud Mental Comunitaria en distintos países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú), constituyéndose en el denominado modelo de Salud Mental Comunitaria.

Su objetivo ha estado centrado en lograr la desmanicomialización y la transformación de los servicios de salud. Ello con el fin de acercar a la población estos servicios, haciendo una apuesta comunitaria con énfasis en la atención primaria en salud (APS), en el cuestionamiento de la asimetría en la relación terapéutica y en la disminución del uso de psicofármacos. “La Salud Mental Comunitaria significa un

modelo de organización de servicios y un modelo de atención clínico asistencial” (Desviat y Fernández Liria, 2000, p.7).

Si bien, se han propiciado investigaciones y sistematizaciones al respecto como formas de producción de conocimiento en alianza con la academia, el norte ha sido una apuesta política a través de la injerencia en las políticas públicas y la apertura al diálogo público develando las situaciones de injusticia en torno a las personas con problemas de salud mental, a las cuales se busca en todo momento incorporar a su familia y comunidad: “la primera intervención, es preservar en todo lo posible los vínculos comunitarios, familiares y sociales del paciente, a la vez que toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social del sujeto afectado” (Galende y Ardila, 2011, p.47).

Este movimiento en Latinoamérica cobró fuerza a partir de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, realizada en Caracas, Venezuela, en 1990, a partir de la cual se elaboró un documento denominado “Declaración de Caracas”. Este “enfaticó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los modernos objetivos de la atención en salud mental, caracterizada por su naturaleza comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y con un manifiesto componente de prevención” (Rodríguez, 2009, p.6).

Es relevante referir a este modelo, ya que va de la mano con la PCC, compartiendo intereses, principios y campo de acción, por lo que es difícil y tal vez innecesario hacer un esfuerzo por deslindarlas. Sin embargo, se puede precisar, como

he mencionado antes, que el modelo de Salud Mental Comunitaria está más centrado en el desarrollo de políticas públicas, a la par con los acuerdos internacionales entre los Estados en torno al tema de la salud mental.

Sus acciones están más ligadas al trabajo por la reivindicación de las personas con problemas de salud mental y la participación comunitaria se vincula con los servicios de salud. Por su parte, la PCC puede considerarse más cercano al ámbito académico, el énfasis en la comunidad resulta relevante al punto de que podrían identificarse acciones de salud mental comunitaria que incluso puedan prescindir de la participación de los servicios asistenciales, aunque se demanda su implicación.

Bang et al. (2020) comentan como el encuentro, no libre de tensión, entre lo clínico y lo comunitario se comienza a concretar en los centros de atención primaria, en el marco del modelo de Salud Mental Comunitaria y las reformas ocurridas en las políticas públicas en varios países, más que en el marco disciplinar. Ello, tal vez nos permite entender, como he mencionado en el planteamiento del problema, por qué encontramos artículos que aluden a la integración de lo clínico y lo comunitario sin la necesidad de aludir a la PCC como tal, pues se prioriza el dar respuesta en la práctica al funcionamiento de los servicios.

1.4. La Clinitaria: Un Camino Paralelo a la PCC

La Clinitaria surge en el contexto paraguayo ante la necesidad de analizar cómo acercarse, vincularse y acompañar los procesos comunitarios, y con la intención de

“relacionar lo “clínico” con lo “comunitario”, a partir de sensibilidades comunitarias, horizontes teóricos novedosos y reflexiones sobre experiencias” (Barúa, 2010, p. 66).

Así, la Clinitaria se presenta como una crítica al modelo médico positivista, que trabaja desde una supuesta objetividad y neutralidad; pues, por el contrario, esta se cuestiona las relaciones de poder y aboga por la salud como un derecho fundamental que se construye continuamente entre las personas (Barúa, 2010).

Esta propuesta se va conformando en base a un conjunto de experiencias realizadas desde el 2004 por personas (médicos/as, psicólogos/as, estudiantes, activistas religiosos, entre otros) y organizaciones vinculadas al trabajo comunitario en salud mental en el contexto paraguayo, las cuales fueron integradas y sistematizadas por Barúa en el 2010 en su texto “Clinitaria: anotaciones para acompañamientos comunitarios en salud mental”. En este artículo, el autor define a la Clinitaria como “aquella modalidad de acompañamiento en salud mental desde sensibilidades comunitarias” (p. 63) que puede ubicarse en el punto de encuentro entre lo clínico y lo comunitario.

Barúa (2010, 2011a) junto con otros profesionales desde el trabajo de campo y con estudiantes de psicología comunitaria desde las aulas, han trabajado en una construcción teórica de la Clinitaria. Para ello, han tomado como referentes diferentes disciplinas y propuestas teóricas como la antropología social, la educación popular de Freire, el esquizoanálisis, el psicodrama, las redes sociales, la sociología, entre otros; muchos de los cuales, a su vez, se encuentran a la base de la psicología comunitaria.

Como resultado de estos esfuerzos, el autor propone cuatro transversalidades que regulan la práctica en el campo y se articulan con las sensibilidades comunitarias, que serán desarrolladas más adelante. Estas transversalidades son las siguientes:

- Lo transdisciplinario, pues entiende lo comunitario como una cualidad transversal al proceso y a todas las disciplinas que pueden incidir sobre la persona.
- Lo intercultural, en la medida en que se reconocen los saberes, haceres y sentires provenientes de la academia, pero también de las diversas culturas, comunidades y personas.
- Lo antimanicomial, que critica los tres ejes de sentido de la postura tradicional: la estigmatización de la diferencia que subordina la “locura” a una única racionalidad; el encierro como respuesta predilecta ante esa “locura” y la discriminación por clase social que, desde una mirada de la utilidad, relaciona “locura” con improductividad.
- Lo de opción popular, “entiéndase no como un “estar a favor o en contra”, sino como “estar con”, pensar haciendo con ellos” (Barúa, 2010, p. 63).

A partir de estas transversalidades, desde la Clinitaria se desarrolla una forma particular de comprender a la salud mental comunitaria, la cual se entiende como “un proceso (compuesto por relaciones sociales cotidianas, complejas, contradictorias, caóticas), que se va dando en la medida en que, en el ámbito de una comunidad, sus integrantes, simultáneamente reconocen su situación, responden a sus necesidades, disfrutan, exigen sus derechos y se solidarizan con otras comunidades “ (Barúa, 2010,

p. 63). De este modo, se amplía la comprensión de la salud mental, lo que permite promover el diálogo y el trabajo conjunto y activo de las personas y las comunidades en sus territorios.

Esta aproximación de la salud mental comunitaria se respalda en seis sensibilidades comunitarias, que Barúa (2011a) define como referencias o guías para el acompañamiento de los procesos comunitarios. A continuación, se presentan cada una de las sensibilidades y su descripción correspondiente acorde a Barúa (2010, 2011a, 2011b):

- **Localizar-nos**, que refiere a dos aspectos que buscan armonizar la labor profesional con las culturas: pensar y trabajar desde lo territorial, considerando el valor de lo cotidiano y lo local, y la dignificación de las culturas locales, con una perspectiva decolonizadora que permita comprender los fenómenos desde la intersección entre las formas culturales locales y nuestra interpretación teórica como profesionales.
- **Erótica social**, entendida desde el *eros* como lo alegre, pues se invita a una postura desde lo sano, alejándose del sesgo tradicional vinculado con lo patologizante y la enfermedad. Desde la erótica social se favorece la incorporación del arte, el humor, el juego y la fiesta en los trabajos en campo.
- **Tempos**, que implica un respeto por los tiempos de cada persona y comunidad, buscando comprender su cotidianeidad mediante una

escucha dialógica y siguiendo un proceso de acción-reflexión-acción para ir tejiendo vínculos y redes entre todos/as los/as actores/as.

- **Compro-meterse**, que parte desde una ruptura con las relaciones de poder, para reconstruir los vínculos y espacios con una horizontalidad que promueva la toma de decisión colectiva y la participación.
- **Utopi-andando**, que propone tres principales nociones que deben guiar el actuar: la singularidad, esto es, reconocer que cada ser humano tiene una vivencia particular que no puede confinarse a una etiqueta; las potencias, entendidas como lo que la persona hace y puede hacer ante una situación; y las grietas, entre las cuales cada uno debe ir navegando en el proceso de afrontar los desafíos que presenta la realidad.
- **Re-conocer-nos**, que, tal cual su nombre lo indica, implica reconocerse y repensarse a uno/a mismo/a como un profesional de la salud y, desde esa posición, contribuir a la reivindicación de la locura, al derecho del profesional a su propia rareza y singularidad, y a seguir sosteniendo los avances teóricos y metodológicos.

Como se ha mencionado, la clinitaria nace de una teorización de los procesos de acompañamiento en salud mental en las comunidades y, a partir del 2008, trabajan desde la red de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública de Paraguay, de modo que se ha buscado articular la propuesta clinitaria con la política estatal e incorporar sus métodos en las estrategias para las prácticas psicológicas en comunidad.

Para finalizar, en su planteamiento, la clinitaria presenta varios encuentros con la psicología comunitaria, la PCC y otros movimientos o planteamientos mencionados anteriormente, en la medida en que busca encontrar la mejor manera de integrar lo clínico y lo comunitario en una propuesta práctica y teórica que aún se encuentra en desarrollo.

2. La Psicología Clínica-Comunitaria: Inicios y Elementos Constitutivos

2.1. *Los Inicios de la PCC*

Luego de revisar las disciplinas y movimientos que abren los caminos para la aparición de la PCC en América Latina, me centraré en tratar las aproximaciones hacia la conformación de la misma, respecto de lo cual Montero (2015) reconoce como el primer antecedente, en los años ochenta, el trabajo de Cezar Wagner de Lima Góis, en Ceará, una provincia del nordeste brasileño, “cuando apenas empezábamos a construir una psicología comunitaria participativa y crítica” (p. 10), el cual se inicia con una praxis y se consolida en una propuesta escrita que fundamenta la PCC.

Siguiendo esta lógica, en este apartado emplearé dos rutas para mostrar el surgimiento de la PCC, aquella proveniente desde la praxis, que vislumbra la necesidad de una clínica-comunitaria y ensaya algunas formas de hacerla posible, y otra desde la producción académica, buscando darle forma y nombrar lo que podría denominarse PCC y sus elementos constitutivos.

Los movimientos antipsiquiátricos y el modelo de Salud Mental Comunitaria, han marcado un hito en la forma de concebir la salud mental y hacer el abordaje de

ella, dignificando la condición de las personas con problemas de salud mental. Posteriormente, ha emergido la preocupación y el interés por aproximarse desde los ámbitos de la salud mental a otra población excluida como lo son las personas que viven en comunidades de bajos recursos económicos.

Al respecto, Llorens (2003) señala cómo la psicología social ha llegado con mayor prontitud que la psicología clínica a estos sectores. Sin embargo, rescata uno de los primeros intentos de acercamiento de la clínica a los sectores populares, que consistía en trasladar el psicoanálisis convencional a estas zonas. Experiencias como estas permitieron reflexionar y repensar el quehacer de la psicología clínica. Se trata de una práctica de atención en asentamientos humanos en Lima, Perú, que es documentada por Rodríguez Rabanal, de la cual Llorens extrae una anécdota:

Nosotros construimos dos ambientes, pero la mayoría de los pacientes adultos se negaban a visitarnos en ese lugar y nos pedían que las sesiones se realizaran en sus casas, por temor a ser estigmatizados como enfermos mentales. La sesión era muy complicada porque cuando un terapeuta atiende en un consultorio, y el paciente no viene, en fin, se pone a leer, hace lo que sea. Nosotros éramos los que buscábamos a los pobladores. Y cuando los pobres pobladores del asentamiento, ya no digo pobres por pobreza material sino porque nos tenían que soportar a nosotros, cuando los pobladores se sentían urgidos a huir, ¡tenían que escaparse de su casa! Entonces nosotros decíamos “El Candadazo” porque llegábamos y encontrábamos un candado en la puerta de la casa a la hora de la cita y eso ocurría permanentemente. (Rodríguez Rabanal, 1996, como se citó en Llorens, 2003, p.143)

Bernal (1993) comenta sobre el término de PCC, el cual aparece en los 70' en algunas partes de EEUU y Latinoamérica, como resultado del compromiso de algunos profesionales con las comunidades y la acción social. Refiere que la integración entre la práctica clínica y comunitaria se ha ensayado en los ámbitos docentes y hospitalarios. Por un lado, menciona el término PCC, pero luego plantea la articulación de lo clínico y comunitario, que más bien se puede entender empleando sus propias palabras como un "ensayo" para lo que pudiera ser una PCC, tal vez en esta categoría de ensayo pudiéramos incluir la anécdota antes descrita. Por otra parte, si bien como lo plantea el autor, se puede encontrar el término en algunos textos (Tyler, 1984; Chacón y García, 1998), no obstante, no hay mayor desarrollo al respecto, sino hasta cerca del 2000, tal como expondré más adelante.

Adicionalmente, Bernal (1993) explica la experiencia del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP), que se inició en 1987, en la Universidad de Puerto Rico, recinto de Río de Piedras. Este centro incorpora un internado en psicología clínica-comunitaria:

...que tiene como objetivo la formación de profesionales científicos capacitados para ofrecer servicios psicológicos orientados hacia el interés público con conciencia y responsabilidad social. El desarrollo de psicólogos adiestrados en la provisión de servicios psicológicos primarios, secundarios y terciarios a individuos, familias, grupos y comunidades es una meta fundamental del programa. (p.35)

El centro presta servicios a la comunidad universitaria y no universitaria: información y referido, psicoterapia individual (a corto y mediano plazo, desde diferentes enfoques teóricos), terapias grupales, familiares, de pareja y evaluaciones psicológicas. Estos/as estudiantes han desarrollado en el internado talleres y programas de prevención, grupos de apoyo a profesionales de salud. El autor resalta el que se amplía la “unidad de análisis” al grupo y a la comunidad de manera indirecta. Menciona el compromiso de los/as docentes con el proyecto, unos/as más cercanos a la clínica otros/as hacia lo comunitario.

Concluye que el tener aproximaciones más allá de lo individual es un avance hacia la integración, así en las discusiones de un caso, por ejemplo, de violencia de pareja, además de los análisis psicoanalítico, interpersonal, familiar; se incluyen también las fuerzas sociales y comunitarias vinculadas. La Psicología Comunitaria ofrece el marco para comprender las fuerzas sociales presentes en el desarrollo de esta experiencia y desarrollar estrategias de cambio. “La intervención, probablemente, sigue siendo esencialmente clínica, pero la forma de entender el problema se amplía al contexto social” (Bernal, 1993, p. 37).

Del mismo modo, lo comunitario se nutre, pues “El entender a la persona, sus necesidades, motivaciones, defensas y conflictos puede aportar una visión más clara de la relación entre el sistema social y la persona” (p.37), y también se enriquecen las técnicas de entrevista, diagnóstico y tratamiento.

El autor manifiesta que están lejos de una integración teórico-práctica entre lo clínico y lo comunitario, pero ello es deseable: “Esperamos que, mediante la misma

práctica psicológica fundamentada en el pluralismo teórico y cultural en experiencias de trabajo común, y en el compromiso hacia la acción social surja una mayor integración entre los psicólogos clínicos y comunitarios” (p. 38).

Góis (2012) se refiere al recorrido para llegar a la Psicología Clínica-Comunitaria expresando cómo en Europa, Estados Unidos y América Latina, en los 60’, se llega a un consenso de que para enfrentar el sufrimiento psíquico y los trastornos mentales es necesario ir más allá de las prácticas clásicas de la psiquiatría y la psicología clínica para lo cual se requirió transformar tres aspectos: pasar de los hospitales y clínicas a la propia comunidad, ampliar la visión intrapsíquica y de la práctica ambulatoria, y considerar a la población como sujeto de su proceso de salud.

Así, en los 80’ las estrategias de tratamiento debían estar integradas a las de prevención y promoción, sin individualizar y descontextualizar el sufrimiento psíquico y los trastornos mentales, en los que confluyen la comprensión de lo individual, grupal y colectivo hasta llegar a construir lo que conocemos hoy como concepción clínico-comunitaria en la que el individuo es comprendido en su complejidad y construido también en un proceso histórico-social que demanda acciones complejas.

En el caso de Ceará en Brasil, Góis (2012) manifiesta que, tal vez por las exigencias sociales propias de la post-dictadura, se fueron alejando de la dimensión clínico-comunitaria para enfatizar más en la dimensión socio-comunitaria. A partir de 2002, vuelven al área de la salud tanto por la vivencia con las comunidades como por el interés de la Secretaria de Salud.

Se dirigen entonces, hacia una concepción clínica-comunitaria luego del largo camino acumulado en la práctica clínica y en la psicología comunitaria. Luego de un estilo de práctica clínica en psicología comunitaria se direcciona hacia una perspectiva clínica-comunitaria en una dinámica socio-comunitaria y no fuera de ella. Las influencias que marcaron su quehacer fueron la Biodanza, la Psicología Comunitaria, la Salud Comunitaria y la Educación Biocéntrica (Góis, 2012).

Es interesante acotar que este período coincide con el surgimiento del postgrado de Psicología Clínica-Comunitaria en Venezuela, la creación de un curso de PCC en la Licenciatura de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y de la aparición de los textos referidos al tema en América Latina, lo cual puede verse como un período de re-conceptualización de la psicología clínica y la psicología comunitaria, en el que se contempla y se enfatiza, nuevamente, en un área de la cual se habían apartado. Sin dejar de lado, que se da posterior a la Declaración de Caracas y al movimiento de Salud Mental Comunitaria, que como hemos visto, comienza a impulsarse en Latinoamérica.

En tal sentido, Montero (2010) señala que, parecieran haberse dado las condiciones para el surgimiento de la PCC, a partir de la independencia de la psicología de la psiquiatría y el cambio paradigmático, producido hace algunas décadas, que implicó un modo diferente de enfocar la situación, el rol de las personas en la transformación y la relación entre estas, dejando atrás la visión de los/as expertos/as que tratan a víctimas de trastornos, carentes de recursos y capacidades.

Ello dio lugar también a una crítica al modelo médico y una propuesta de un modelo psicosocial que suponía problematizar y crear conciencia acerca de la necesidad de hacer una clínica socialmente sensible. “Una psicología que rompe encuadres para poder llegar, psicoterapéutica y socialmente, a una población socialmente desasistida” (Montero, 2010, p.217).

En línea con ello, Cabrejos (2008) afirma que los/as profesionales que trabajamos en SM, con poblaciones de bajos recursos, tenemos más coincidencias que diferencias, pues nadie puede sustraerse del ámbito comunitario y menos los/as profesionales de la SM.

Esto debido a la inestabilidad económica y social que vive la mayoría de la población, la crisis, el incremento de situaciones de violencia, tasas de suicidio y empobrecimiento económico (Campagnaro, 1999); experiencias traumáticas producto de violencia armada y desastres naturales (Pezo del Pino et al., 2008); los niveles de pobreza, falta de institucionalidad del Estado para atender la Salud Mental (Costa, 2008) y el sufrimiento de la población oprimida en nuestro continente (Góis, 2012) así como, la demanda especializada de servicios de SM por parte de los sectores de menores recursos (Rodríguez, 2003).

Ahora bien, la deficiencia de servicios especializados en atención en SM y la alta demanda de estos servicios por parte de esta población hace que demoren en ser atendidos, además de significar una carga económica para las personas y familias.

Razón por la cual es urgente desarrollar modos de intervención cercanos a los lugares de vida de las personas y que estén a su alcance, fuera de hospitales e

instituciones. Sin dejar de considerar que, muchas veces las personas atendidas y los/as encargados/as de la atención tienen otros hábitos de vida, otros símbolos, otra subcultura e incluso un lenguaje distinto, aunque compartan el idioma; pues la realidad de estas personas es diferente a las de clase media por lo cual ciertas condiciones en la terapia (horarios, asistencia durante tiempo prolongado, incluso los contenidos y la actitud en las sesiones) construidas desde la clase media no se adecúan a estos sectores, que requieren ver resultados pronto (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Acorde con lo anterior, Cabrejos (2008) estima que esta realidad lleva a un cambio de enfoque, que, en su experiencia, sus estudiantes requirieron ir de la atención secundaria a la terciaria y luego a la primaria, para luego plantearse la promoción de la salud. Sin embargo, la burocracia y reducción de costos de las instituciones obstaculizó el proceso.

En esta línea, se evidencian ciertas dificultades en la incorporación de esta perspectiva, una de ellas tiene que ver con la resistencia a reconocer la importancia de la SM en el desarrollo integral de la persona, y por ende de la comunidad (Costa, 2008), pues prevalece en las instituciones la noción de SM asistencial asociada a la enfermedad, aunque se reconozca el interés por lo comunitario, asociado a la prevención y promoción (Pezo del Pino et al., 2008).

La lógica de productividad de las instituciones atenta contra el encuadre, pues es alto el número de personas a atender, no se disponen de espacios de privacidad para el trabajo, hay imposibilidad de seguimiento y exigencias de llenado de formularios que sobrecargan al profesional (Pezo del Pino et al., 2008).

Existe una brecha entre las necesidades de atención, los servicios y los recursos disponibles, aunado a la deficiente organización de dichos servicios y la escasez de recursos humanos especializados (Bustamante, 2008). Del mismo modo, falta articulación y comunicación entre los entes involucrados en el trabajo (instituciones estatales, privadas, ONGs), lo cual no permite enriquecer y optimizar los resultados (Costa, 2008).

Otras de las barreras presentes son de carácter académico/profesional, tal es el caso de la rigidez producto de cierta fidelidad a la clínica cuando se trata de responder a demandas desde una perspectiva comunitaria, así como, las relaciones de poder que se evidencian al hacernos algunos cuestionamientos éticos: “¿lo que hacemos es ayuda, es un servicio útil?; ¿la división, exclusión y brecha estructural del país también se da en el ámbito de nuestras profesiones?”. [...] Será que “es más fácil mantener distancias y seguir detentando cierto tipo de poder frente a quienes damos servicio y frente a otros profesionales”, lo cual puede no permitir “integrar lo clínico y lo social, lo subjetivo y lo cultural, determinar qué es comunitario, integrar otras disciplinas, lenguajes y maneras distintas de ver el mundo” (Pezo del Pino et al., 2008, p. 39).

Pasar de la Salud Comunitaria, centrada en la enfermedad, a la PCC requiere centrarse en la salud y la transformación de las circunstancias, y modificar los roles de las personas involucradas, considerándolas activas (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

En cuanto a la aparición más formal de la PCC, reflejada en su producción escrita, podemos dar cuenta del surgimiento de la Revista Venezolana de Psicología

Clínica Comunitaria en el año 1999, cuyos artículos, aunque resulte paradójico, no responden en la mayoría de los casos a disertaciones clínica-comunitarias propiamente dichas, más bien provienen desde la clínica y en algunos casos contemplan el ámbito psicosocial.

Seguido de ello, tal como menciona Montero (2015), sólo se han publicado:

...tres obras claramente clínico-comunitarias. Ellas son: Psicología clínico-comunitaria, de Cezar Wagner de Lima Góis (2004); tres capítulos en el libro Sujetos políticos y acción comunitaria coordinado por Esmeralda Hincapié en 2011, en Medellín, uno escrito por mí: «Para una psicología clínica-comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción», otro escrito por mí y por mi colega Maribel Goncalves de Freitas, titulado: «Procedimientos y herramientas terapéuticas en contextos de pobreza. El método clínico-comunitario en construcción», y un tercero escrito por Pedro Enrique Rodríguez (psicólogo), titulado: «Psicología clínica-comunitaria: algunas implicaciones teóricas y técnicas». El tercer libro es Encuentros de discusión sobre intervención clínica-comunitaria, publicado en Perú en 2008 y escrito por: C. Pezo del Pino, T. Velásquez, V. Vatz-Gen y V. Pareja. (p.10-11)

Este último texto mencionado sistematiza las presentaciones y debates realizados en el encuentro que lleva el mismo nombre del texto, el cual sigue llevándose a cabo cada año, ahora bajo el nombre de Encuentros de Salud Mental Comunitaria.

A estas publicaciones se sumaría, justamente, la obra de la cual extraje la cita anterior: Integración clínica-comunitaria: propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial, compilado por Paulina Gaspar Candia y Cristina Valenzuela Contreras, en 2015 en Chile. Esta obra es el producto de los trabajos presentados en la

Primera Jornada de Investigación en Psicología del Maule, titulada “Clínica-comunitaria: un desafío a los programas de salud mental y reinserción social”, en septiembre de 2013, organizado por la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Chile, sede Talca.

En dicha jornada se contó con la participación de docentes de diversas universidades del país y se desarrollaron mesas de experiencias con representantes de SENDA, SENAME y MINSAL-APS, generándose espacios de reflexión y análisis e insertando esta problemática como un tema relevante en la formación y la actividad universitaria actual (Montero, 2015, p.13).

En este marco referencial y en otros apartados de este trabajo iré mostrando la producción escrita respecto de la PCC, siendo que, en algunos casos, simplemente se menciona; en otros se discute su pertinencia y se reflexiona acerca de ella propiamente o de la integración de lo clínico y lo comunitario; una buena parte de los artículos presentan experiencias realizadas desde esta perspectiva y otra menor genera algún tipo de conocimiento teórico-metodológico.

Es interesante cómo a veces estamos realizando prácticas y reflexionando sobre aspectos similares y no necesariamente, intercambiando acerca de ello, lo cual queda en muchos de los casos como acciones locales y aisladas. Son las publicaciones las que nos permiten evidenciar estas acciones y propiciar este intercambio, tal es el caso del evento chileno al cual he hecho mención, cuya publicación de sus trabajos lo hace visible y nos permite suscitar un diálogo.

Esta tesis es un esfuerzo por hacer este intercambio académico con los textos y con las personas, que, de una u otra manera, han estado vinculadas a la PCC y a quienes ha sido posible contactar durante la realización de este estudio.

2.2. *La Integración de lo Clínico y lo Comunitario: Una Necesidad para la Praxis*

Al inicio de este capítulo he señalado cómo la Psicología Clínica y La Psicología Comunitaria han tenido encuentros y desencuentros en sus recorridos y como ello ha originado discusiones en torno a su integración, y al surgimiento y pertinencia de la PCC, reflejados en el punto anterior. En esta sección presentaré los aportes que distintos/as autores/as hacen al respecto.

Pezo del Pino y otros (2008) afirman la existencia de desencuentros o rivalidades entre diferentes disciplinas vinculadas a la SM, en tanto pareciera que el/la portador/a de un enfoque u otro se considera sobrepasado/a por la situación y por ello cuestiona al otro, siendo, en el caso de la clínica y la comunitaria, tal vez su principal diferencia el ámbito en el que trabajan, consultorio o comunidad y la actuación que implica uno u otro.

De esta manera, el enfoque comunitario requiere, por ejemplo, un mayor énfasis en lo cultural en contraposición con lo tradicionalmente clínico (Pezo del Pino et al., 2008). El quehacer de los/as psicólogos/as comunitarios/as no incluye en su agenda la psicoterapia, aunque sí la salud mental; mientras que, por el lado de los/as psicólogos/as clínicos/as, progresivamente, ellos/as se han ido insertando en el campo comunitario (Montero 2010).

Para Cabrejos (2008), el/la psicólogo/a clínico/a suele trabajar en soledad con su paciente o en pequeños grupos con sus colegas para la discusión de casos, con un lenguaje creado para entendernos; entretanto el comunitario trabaja, generalmente, en equipo multidisciplinario dado que una persona no puede conocer y lidiar con todos los factores presentes en la comunidad. Este autor añade que en la clínica:

estamos cómodos en nuestro setting, bien apoltronados, desarrollando nuestras capacidades diagnósticas y terapéuticas, mientras en lo comunitario no hay el tiempo y comodidad para detenernos a pensar mucho, exige conocimiento y experiencia para muchas veces improvisar un setting o trabajar sin él. Es diferente el valor del tiempo, pues en el caso de lo comunitario hay que adaptarlo a las costumbres y ritmos de la comunidad e implica muchas veces tiempo de traslado del profesional. En lo comunitario algunos hechos pueden tener una aparición o desaparición súbita. (p.64)

Fernández Álvarez (1994) comenta como se ha contrapuesto el modelo clínico al comunitario, cuando en realidad son aspectos de la misma realidad que deberían estar integrados y no escindidos como parecieran estar en lo teórico y en lo práctico. Juzga es necesario asumir la tercera revolución en psicoterapia que muestra la necesidad del abordaje comunitario para modificar las condiciones de base que originan perturbaciones mentales. Pezo del Pino y otros (2008) coinciden al apuntar que deben considerarse diversidad de perspectivas, pues son el reflejo de la complejidad y diversidad de los problemas sociales.

En todo caso se hace presente la interrogante de cómo integrar lo clínico y lo comunitario, a la cual, según Pérez de Antelo (2003), subyace la dicotomía de la

comprensión del mundo interno y el mundo externo. Montero y Goncalves-de Freitas (2010) consideramos que dicha pregunta debe dar lugar a una nueva vía de hacer, entender e intervenir. Esta interrogante ha suscitado una serie de reflexiones y análisis de varios/as autores/as, vinculados al tema de la PCC, al ámbito de la atención primaria en salud o a ambos, miremos algunas de estas ideas.

Un primer aspecto interesante es el que señala González Rey (2002) relacionado con que la Psicología Clínica y la Psicología Social Comunitaria son dos áreas de una misma disciplina, la Psicología, y, en este sentido, se trata del mismo objeto de estudio: la subjetividad la cual ha de entenderse de manera compleja.

Esta forma de mostrar el objeto de estudio de la psicología facilita la articulación entre estas dos subdisciplinas y abre posibilidades interesantes para pensar a la PCC, mientras que, suponerlos en oposición o en tensión paradigmática, ha obstaculizado el planteamiento de intervenciones y abordajes integradores del ser humano, lo cual se ha fortalecido haciendo una aparente división en la formación de profesionales, que sostiene una polarización entre lo clínico y lo comunitario:

... como si se tratase de parcelas aisladas e incomunicadas. Sin embargo, los nexos entre ambas son apreciables. Se suele discutir, en medios profesionales nacionales, la importancia de que en las intervenciones sociales y comunitarias se logre la integración entre «lo clínico y lo comunitario», elemento no problematizado o documentado en la literatura. (Gaspar Candia y Valenzuela Contreras, 2015, p.166)

En confluencia con ello, Parra (2016) distingue la articulación entre estos dos campos como un desafío central para los/as profesionales que trabajan en atención primaria en salud, espacio donde la tensión entre la demanda asistencial y la búsqueda de fortalecimiento de lo comunitario debe vislumbrarse desde las intersecciones posibles entre lo clínico y lo comunitario.

En ese sentido, el concepto de articulación (se refiere al propuesto por Haraway) entendido en tanto conexión parcial, nos puede ayudar a pensar las interfaces entre dos prácticas en permanente constitución que, si bien no son iguales, no dejan de tener puntos de entrecruzamiento y encuentro (Parra, 2016, p. 32).

Parra (2016) se pregunta, “qué especificidad adquiere la clínica cuando es desarrollada desde una mirada comunitaria a la vez que reflexionar acerca de cuáles son las relaciones de continuidad de dicho trabajo con el trabajo clínico” (p. 36). Me pregunto si justo allí es donde podemos encontrar a la PCC, la cual no es mencionada en ningún momento por la autora. La autora entiende el trabajo clínico como el seguimiento que hacen a cada persona o familia que, sin dejar de hacer prevención y promoción, responde a la demanda asistencial. Por su parte, ella menciona que lo comunitario tiene que ver con:

dispositivos que funcionan como lugares de referencia para las instituciones de la comunidad y los profesionales de salud; a espacios disponibles, accesibles, inclusivos, abiertos y que se sostienen a lo largo del tiempo; a respuestas colectivas alternativas desde el sistema de salud; al abordaje de problemáticas comunitarias relevante a nivel epidemiológico; al carácter no sólo asistencial

sino también preventivo-promocional de las intervenciones; a los vínculos y lazos comunitarios que estos dispositivos generan y refuerzan. (p.36)

Es claro que esta propuesta al ser vista desde la atención primaria en salud, está totalmente vinculada al sistema de salud y las exigencias que desde sus centros se desprenden, lo cual lo diferencia de la PCC, en tanto la proveniencia de esta es el ámbito académico, que si bien es deseable pueda vincularse con el sistema de salud, no es su anclaje principal.

Continuando con el contexto de la APS, Morandé Dattwyler (2015) también contempla el desafío de la articulación entre lo clínico y lo comunitario para los/as profesionales, vista en este caso como una oportunidad dadas las problemáticas psicosociales que les corresponde atender de manera interdisciplinaria, y el tipo de actividades que realizan: consulta en box, visitas domiciliarias, talleres y consejería, trabajo con la comunidad, informes, capacitaciones.

En esa línea, lo comunitario favorece el conocimiento de la población y sus actores/as claves, con quienes se identifican las necesidades, problemáticas, recursos y buenas prácticas. Se establece así, una relación horizontal, en la cual la comunidad y los equipos de salud tienen participación y responsabilidad compartida, permitiendo el control de las comunidades sobre su proceso de salud-enfermedad y el cuidado de los equipos, quienes son altamente demandados. Se trata de una aproximación integral, que favorece la toma de decisiones adecuadas, a la vez que fortalece el sentido de pertenencia y los vínculos comunitarios (Morandé Dattwyler, 2015).

Balda (2006), coincide en que el modelo comunitario otorga elementos relacionados con la crítica y el manejo del poder y la posición de las víctimas, las herramientas para la detección de necesidades sentidas y la valoración del entorno. También, presta atención a los servicios que ofrece el Estado para cuidar y proteger a sus ciudadanos/as. Mientras la clínica aporta la precisión en el diagnóstico y las herramientas clínicas y psicoterapéuticas, refiriendo específicamente al uso de los test psicológicos de corte proyectivo y no proyectivo, los cuales se puedan adaptar e incluir dentro del proceso de detección de necesidades.

Lo antes descrito deja claro la necesidad de la vinculación entre los ámbitos clínico y comunitario, en la medida en que:

abre a nuevas preguntas, referidas por ejemplo a la necesidad de redefinir encuadres de trabajo, superando falsas dicotomías entre el consultorio y el territorio, entre los abordajes individuales y los colectivos, entre el saber popular y el científico. Surge la necesidad de articular racionalidades diversas: administrativas, culturales, teóricas. También requiere reflexionar en torno a cuáles serían las coincidencias paradigmáticas que hacen posible la coordinación considerando las perspectivas ontológicas, metodológicas, epistemológicas, éticas y políticas. (Ussher, 2012, p.312)

2.3. *Definición y Características de la PCC*

Pérez de Antelo (2003) refiere cuatro enfoques, considerados hipotéticos, en donde se podría ubicar a la Psicología Clínica-Comunitaria a partir de las ideas de Tyler (1984) y a partir de allí incorpora sus apreciaciones en torno a lo que implica ubicarlo en uno u otro.

Un *primer enfoque* denominado *enfoque clínico con sensibilidad hacia lo social comunitario*: proviene de la concepción clásica de psicoterapia individual, pero que ha ido flexibilizando su encuadre para considerar en la comprensión y en el abordaje de las patologías mentales elementos socio – culturales. Su objetivo es atender a la persona y originar cambios en ella, a fin de disminuir su sufrimiento psicológico y lograr una mejor adaptación a su contexto.

En este enfoque el concepto de comunidad sólo interesa en la medida que es traído e interpretado por el paciente en la consulta. Y, por otra parte, en cuanto a los roles de cada miembro, se mantiene la noción de rol del/de la experto/a que es quien va a intervenir con la idea de suscitar cambios en una situación; es decir va a disminuir el sufrimiento de una persona que afecta y al mismo tiempo es afectada por su entorno. Se mantiene el encuadre del consultorio, pues los casos llegan por remisión a la consulta.

Un *segundo enfoque* denominado *enfoque comunitario con consideraciones clínicas o individuales*, el cual parte de la atención comunitaria, empleando “el ojo psicológico” para comprender los fenómenos individuales en la medida en que estos se relacionen con el cambio social. Parte de la premisa de autogestión y de fortalecimiento, en donde los principales involucrados son los miembros de la comunidad y su nivel de participación, tal como lo propone el modelo comunitario, está supeditada al nivel de compromiso de dichos actores/as; por ello es importante que estos asuman su necesidad de cambio con el objeto de lograr un mayor bienestar y de

esta forma reducir las consecuencias de los desajustes, en la aparición de trastornos mentales.

En este enfoque el énfasis está puesto en la comunidad y los efectos que la(s) intervención(es) pueden tener sobre los individuos no están del todo claros, pudiendo incluso llegar a ser producto del azar, debido a las diferencias individuales.

Un *tercer enfoque* denominado *enfoque tanto clínico como comunitario*, en este enfoque se da atención por igual a ambos modelos pasando necesariamente por la familia, en este pudiera insertarse la psicología clínica-comunitaria. Aquí el rol del/de la psicólogo/a clínico/a es muy activo, proactivo, es decir, inicia el contacto y los cambios dentro del sistema, sin esperar aceptar la situación y esperar el cambio. Los miembros de la comunidad también desempeñan un papel clave en la producción de cambios. Considera además otros conceptos como: prevención, fortalecimiento, énfasis en las fortalezas, sensibilidad cultural, entre otros.

Un *cuarto enfoque* denominado *enfoque clínico comunitario exclusivamente*: este pareciera estar más orientado a considerar el espacio de intersección que se da entre lo clínico y lo comunitario excluyendo lo clínico o comunitario *per se*, como una nueva manera de entender a la persona y a la enfermedad mental. Es difícil imaginar cómo sería esta conjunción de los dos ámbitos con la exclusión del uno y el otro *per se*. Quizá considera sólo la relación del individuo con su ambiente en tanto sea generadora de sufrimiento psicológico, pero el dónde y cómo se atenderían quedan como interrogante (Pérez de Antelo, 2003).

Este planteamiento nos hace ver que el darle un lugar específico a la PCC no resulta ser una tarea sencilla y sigue estando estrechamente vinculada a la integración de lo clínico y comunitario. Frente a ello, durante estas dos décadas, en América Latina, se han ido gestando una serie de conocimientos que buscan dar forma a esta nueva propuesta, los cuales iré presentando en este marco referencial.

Un primer elemento para resaltar tiene que ver con el propio nombre, en este sentido, Montero (2010) habla de Psicología Clínica-Comunitaria con guión para “recordarnos gramatical y visualmente que van unidas” (p.211), no cerca ni paralelas, sino un tejido construido conjuntamente. Confluyen dos vertientes: la clínica y la psicosocial comunitaria. Estando de acuerdo con ello, empleo la denominación de esta manera, salvo cuando use las siglas PCC o cuando incluya la cita textual de algún/a autor/a que no utilice el término de esta forma.

Molina (2010), a diferencia de los/as demás autores/as, observa que sería más adecuado nombrarla como “clínica-terapéutica-comunitaria”, por cuanto considera que:

Lo valioso del trabajo clínico en este ámbito no sea su orientación clínica sino el efecto terapéutico de sus intervenciones, lo cual sería el hilo conductor e hilo conector en estos procesos [...]. No obstante, es importante enriquecer la noción terapéutica hacia la generación de bienestar y salud mental. (p. 303)

Incluso, Molina (2010) cuestiona si “¿Es necesario emplear el término clínico cuando el propósito es terapéutico?” (p.304).

Si bien, el elemento terapéutico es central, tal como se trasluce tanto en los textos como en el discurso de los/as entrevistados/as, no sería el único importante, pues las estrategias diagnósticas, por ejemplo, también se constituyen en un elemento a contemplar en algún momento, así como el manejo de los trastornos mentales, aunque no se los considere como una etiqueta estigmatizadora. Así, la clínica se entendería en un sentido más amplio, que incluiría lo terapéutico.

Por su parte, Pezo del Pino y otros (2008) manifiestan que más allá de la denominación se trata de la búsqueda de nuevas formas de intervención psicológica para atender realidades difíciles y complejas. Esto implica contemplar variables sociales, políticas, culturales, de género y étnicas y no sólo las individuales y familiares, pues, como comenta Góis (2012), el individuo está inmerso y construido en un contexto histórico-social particular, lo cual amerita una comprensión y acciones complejas.

Para Cabrejos (2008) en este trabajo intervienen cuatro elementos: 1) las poblaciones, que pueden ser grupos grandes o pequeños, comunidades, grupos especiales por patologías o nivel de riesgo, dependiendo de las zona; 2) los espacios, es decir los territorios o lugares geográficos y culturales o históricos; 3) las demandas explícitas e implícitas que pueden provenir de las propias comunidades, del Estado o autoridades locales; 4) las respuestas del equipo consultado, lo cual adquiere diversos procedimientos y formas, ya sea un diagnóstico situacional, perfil epidemiológico, investigación, proyecto y/o programa.

Rodríguez (2003) elabora una definición de la PCC que, luego es complementada por Montero (2010) de la siguiente manera:

La Clínica-Comunitaria es una subespecialidad de la psicología que parte de los saberes teóricos y metodológicos de las ramas clínica y comunitaria, cuyo objeto de investigación-intervención es el vínculo-relación persona-comunidad, entendido como un tejido de pautas vinculantes y significativas, participativas y comprometidas, cuyo propósito es impulsar la salud mental integral en el espacio recíproco de la unidad vincular. Produciendo transformaciones en el binomio persona-comunidad. (p. 206)

Por su parte, los/as entrevistados/as en la investigación de Balda (2006) dicen que la PCC es “Un híbrido entre lo clínico y lo comunitario, una sub-especialidad de la psicología clínica. Una manera de pensar y actuar la práctica; una manera teórico-práctica, dinámica y dialéctica de acercarse al comportamiento humano, inserto en un entorno” (p. 45).

Para Góis (2012) es una perspectiva biocéntrica, psicosocial y comunitaria dispuesta hacia la superación del sufrimiento y el fortalecimiento personal antes de que genere enfermedades, violencia y trastornos mentales. La cual, además, ha de constituirse en una práctica que esté articulada con las políticas públicas y el tercer sector. También añade que esta nueva concepción clínica-comunitaria se operacionaliza mediante un método que integra clínico-comunitario a socio-comunitario y evidencia una estrategia de acción y una práctica terapéutica y preventiva en salud mental en una dinámica de participación comunitaria (Góis, 2012, p. 21).

Este autor (2012) ejemplifica el foco de la clínica-comunitaria mostrando cómo la estrategia de los “Círculos de Encuentro” se transforma en un enfoque de “Terapia para el Encuentro”, sin dejar sus elementos originales de la psicología comunitaria con énfasis en la dimensión socio-comunitaria, en tanto se vincula a las relaciones de los/as participantes con las actividades comunitarias de su entorno, pero se coloca la mayor preocupación en el sufrimiento de la persona, independiente de que este participe de algún movimiento comunitario.

En relación a cuáles son las características del modelo los/as entrevistados/as del estudio de Balda (2006) mencionan las siguientes:

- Permite comprender al otro y a uno mismo.
- Lo clínico y lo comunitario se encuentran unidos, son indivisibles.
- Integra el uso de estrategias que son clínicas y que son comunitarias, para comprender los problemas.
- Toma en cuenta temas de la realidad sociocultural y elementos contextuales.
- Considera la intersección que se da entre lo individual y lo social.
- Incorpora las necesidades sentidas.

En definitiva, la clínica-comunitaria, interviene en: 1) el fortalecimiento comunitario, en tanto proceso colectivo y no de seres aislados, en pro de la identificación de necesidades y recursos que poseen en torno a la salud mental, pudiendo incidir para potenciar los factores protectores y contrarrestar los factores de riesgo; 2) en las problemáticas vinculadas a situaciones comunitarias, que ocasionan

un malestar compartido. En tal sentido, la PCC enfatiza en la salud sobre la enfermedad y en consecuencias, en la prevención y promoción, pero no deja de atender el malestar y las afectaciones de la salud mental presentes en la comunidad (Goncalves-de-Freitas, 2012).

Se pasa del modelo biomédico al psicosocial comunitario a fin de hacer un abordaje integral de la salud, con la participación colaborativa de profesionales de distintas disciplinas y miembros de la comunidad; trascendiendo la aproximación individual y colectiva como parcelas para apuntar a una comprensión relacional persona-colectivo, de modo que la idea de comunidad no obvie a las individualidades ni lo intrapsíquico aisle a la persona del contexto (Goncalves de Freitas, 2012).

El sustrato de lo clínico-comunitario pareciera estar centrado entonces en el campo de la afectividad, una afectividad compartida que se construye dentro de un contexto y una cultura particular que determina ese espacio de lo intersubjetivo en el cual se tienen vivencias construidas desde una simbología común que [...] incorpora lo divergente y lo convergente [...], el punto de partida puede ser una persona o un colectivo, pero su abordaje siempre debe incluir la interrelación entre ambas dimensiones (persona-colectivo). (Goncalves-de-Freitas, 2012, p.7-8)

2.4. *Fundamentos de la PCC: Objetivos, Principios y Enfoques*

Uno de los aspectos a los que refieren varios/as autores/as son los objetivos de un trabajo desde la PCC, los cuales, como veremos, van desde acciones concretas hasta las metas a conseguir en pro de las comunidades y algunos elementos vinculados a precisiones más teóricas y metodológicas, teniendo como eje común el fortalecimiento

de las personas en contextos comunitarios, en situación de exclusión social, y la ciudadanía de manera participativa y relacional.

Para Aldana (2008), se busca la participación de toda la comunidad, establecer normas y acuerdos en las relaciones, tener conocimiento del contexto social, construir vínculos de confianza y credibilidad en relaciones cara a cara, cumplimiento de acuerdos, negociación y comunicación fluida. Todo ello, procura mejorar las condiciones de vida y bienestar de la comunidad, la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales fragmentadas, y el fortalecimiento de la sociedad en donde las personas son ciudadanos/as activos/as en la mejora de sus condiciones de vida.

Se trata de restituir o favorecer el crecimiento individual y colectivo, así como una autonomía y libertad socialmente responsable, tomando en consideración el carácter de exclusión y marginación de nuestros contextos, a fin de promover y consolidar los criterios de ciudadanía (Pezo del Pino et al., 2008).

Montero y Goncalves-de Freitas (2010) nos referimos, por un lado, a integrar lo clínico y lo comunitario y, por otro, a desarrollar una práctica clínica que responda a las necesidades de la población excluida socialmente, desde el trabajo con las comunidades. Ello requiere crear un modelo de prevención e intervención centrado en la salud y no en la enfermedad, considerando los recursos y potencialidades de las comunidades y el conseguir resultados tangibles en un plazo relativamente corto, puesto que se lucha contra la desesperanza.

Esta disciplina se fundamenta, según Montero (2010), en las siguientes nociones:

1. La transformación de la concepción de salud y enfermedad; así como de los roles que juegan las personas de la comunidad y los grupos de salud involucrados en el trabajo comunitario. Ambos aportan y dan directrices, en función de sus saberes, para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; así como en las situaciones de intervención secundaria o terciaria.

Entonces, la comunidad es vista como co-terapeuta y como ente colectivo, que ofrece conocimientos que deben ser explorados e incorporados, es decir, prácticas y formas de saber popular que pueden contribuir con el mantenimiento de la salud y la curación de la enfermedad. De tal forma que quien cura y puede hacer cambios en la comunidad, desde esta perspectiva, son tanto los/as psicólogos/as clínico-comunitarios como los grupos organizados de las comunidades.

2. El apoyo social, fundamentado en el concepto de sentido de comunidad, en tanto contempla la solidaridad y los intereses e historias compartidas en las comunidades. El conocer el concepto de sentido de comunidad permite también identificar cuando este puede generar aspectos negativos, patologizantes en la comunidad. En la medida en que se conoce es posible emplear su potencial positivo, fortaleciendo los aspectos saludables, y prevenir su condición negativa, eliminando los elementos patógenos.

3. Las redes sociales son fundamentales para propiciar la acción comunitaria como agencia terapéutica, pues son favorecidas por el sentido de comunidad. "Estas pueden ser morales (opiniones y conductas deseables y compartidas), de colaboración y afectivas.

Para Pezo del Pino y otros (2008), las redes sociales, en general, liberan de la victimización a sus integrantes al reconocerlos como ciudadanos/as, ayudándolos a convertirse en sujetos responsables y agentes de su desarrollo.

4. La perturbación o destrucción de la normatividad social, aumenta la tasa de problemas sociales y, en consecuencia, la tasa de trastornos de salud y los trastornos psicológicos; ya sea que se trate de la presencia de normas rígidas o normas laxas y desdibujadas.

El punto de partida es que la comunidad es el sujeto de intervención (Aldana, 2008), la cual se transforma en una entidad colectiva co-terapeuta, cuyos miembros se convierten en agentes de salud y colaboradores terapéuticos, generando cambios en las relaciones y la aceptación del Otro desde una visión ética (Montero, 2010; Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

De esta manera, el Ser Humano es considerado como un/a actor/a social dinámico, capaz de intervenir para transformar su entorno, transformándose a sí mismo (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010), inseparable de la sociedad y cultura a la que pertenece, por lo que es necesario entender la dinámica psicosocial e histórico-cultural de la comunidad, teniendo como prioridad el respeto a la misma. Se cambia la mirada

de víctimas victimizadas a personas y ciudadanos/as, y de demanda a necesidad (Pezo del Pino et al., 2008).

Por otro lado, el tratamiento deja de concebirse “En” la comunidad para plantearse “Con” y “Por” la comunidad. Así, se propone el trabajo conjunto de actores/as internos y externos en la promoción de salud, la prevención de enfermedad, la intervención secundaria y terciaria y el cambio en la comunidad. Ello conlleva la incorporación del saber popular en las formas de mantenimiento de la salud y curación de la enfermedad, así como entender por qué surgen ciertas patologías o por qué ciertas formas de terapia no son eficaces (Montero, 2010). Todo esto se realiza con la participación, compromiso de la comunidad como agente de salud, desde una perspectiva de acción-reflexión-acción (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Por otra parte, se debe considerar el diálogo entre diferentes tipos de instituciones: academia/profesionales, sociedad civil/comunidad y Estado/políticas públicas (Góis, 2012; Pezo del Pino et al., 2008), además de un trabajo de carácter interdisciplinario (Montero, 2010; Pezo del Pino et al., 2008).

Góis (2012) incluye un principio biocéntrico, dada la influencia que tiene en su propuesta este modelo, lo cual no es contemplado por el resto de los/as autores/as. Este principio supone una visión que lleva a percibir y sentir la realidad desde una perspectiva inmanente-trascendente, siendo la vida la estructura-guía del Universo y de toda la materialidad y no la consecuencia.

Vivir es el acontecimiento más grande de nuestra existencia, la vida es una totalidad sensible, organizadora, creativa e inteligente. Trasciende los límites de las

formas actuales de pensar y profundiza en la vivencia del *ser*, la identidad como corporeidad vivida y su viaje por el mundo del *sí mismo*, lo cual se revela en una unicidad entre el espacio interior y el exterior (Góis, 2012).

En cuanto a los enfoques que debe tomar en cuenta la PCC, Aldana (2008) incluye: 1) derechos humanos, supone sujetos activos que promueven y atienden la salud como derecho, relaciones de equidad, y promueven iniciativas autónomas; 2) género, que busca favorecer las relaciones equitativas entre hombres y mujeres; 3) intercultural, pretende garantizar la convivencia e interacción histórica entre sus culturas; 4) psicosocial, conlleva el compromiso con procesos de cambio social y político, ubicar lo individual en lo social, entender la relación de los procesos subjetivos y sociales e impedir que las personas sean estigmatizadas.

Desde el enfoque psicosocial, en el marco de una experiencia de intervención, Vega (2008) explica que interesa comprender la interacción de los mecanismos psicológicos individuales y grupales y los procesos sociales que ocasionan, mantienen o reproducen la violencia. Dar cuenta de cómo los procesos sociales de violencia y pobreza se han instalado en el mundo interno y relacional de las personas. Es importante señalar que estos enfoques son los propuestos por el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA, por sus siglas en inglés] (2012).

2.5. *La Noción de Comunidad*

Dado que el entorno comunitario es el campo de acción de la PCC, es interesante observar que sólo algunos/as autores/as explicitan cuál es la concepción de

comunidad con la que están trabajando. Así, Cabrejos (2008), por ejemplo, se basa en las acepciones del diccionario de la Real Academia Española para hacer un análisis y definir a la comunidad como un espacio complejo:

...personas que constituyen la comunidad y que llenan el espacio o ámbito, adoptando en concordancia con sus hábitos y costumbres desarrolladas a lo largo de generaciones, (su cultura y su historia), una identidad que los caracteriza y diferencia categóricamente de los demás. (p.63)

Por su parte, Aldana (2008) expone:

Entendemos como comunidad a una entidad viva que organiza la vida material, social y psicológica de la población y le da sentido a través del tiempo. [...] es un grupo social diferenciado lo que no significa que sea necesariamente homogéneo. Se trata de un colectivo de personas en interacción permanente, unidos por intereses y características comunes. En ellos hay un vínculo de interdependencia, un sentido de pertenencia a la comunidad que les permita identificarse con sus símbolos y con las instituciones que produce. (p. 103)

Por otra parte, siguiendo a García, Giuliani y Wiesenfeld (1994), lo que definiría una comunidad es “su sentido de comunidad, su historia y su capacidad de autogestión” (p.103).

Las dos definiciones expuestas coinciden en la presencia de un colectivo que comparte una historia, una cultura, una identidad que lo diferencia de otros grupos sociales. Esto nos hace suponer que teniendo la PCC una aproximación contextualizada, ha de adecuarse a las particularidades de cada comunidad.

Estos elementos comunes, tal como lo expresa Aldana (2008), no implican homogeneidad, lo cual coincide con la explicación que hace Wiesenfeld (1997) en torno a manejar la comunidad no como un conglomerado homogéneo sino más bien como un proceso de exclusión e inclusión, en el que pueden divergir o converger diferentes opiniones, vivencias y sentimientos respecto tanto de sí mismos como de los agentes externos.

Bang et al. (2020), en la misma línea de alejarse de las posturas idealizadas de la comunidad, apuntan hacia una noción centrada en la relación construida subjetivamente, en la que confluyen la solidaridad y el conflicto:

La comunidad como escenario de prácticas en salud/salud mental podría representarse como una red de vínculos en tensión, entramado construido (y desgarrado) socio históricamente, en constante devenir. En relación con el trabajo comunitario, como trabajadoras de la salud nos resulta pertinente retomar las palabras de Lewcowicz para la idea de comunidad: “nosotros no es un lugar al que se pertenece, es un espacio al que se ingresa para constituirlo [...] Quizás nosotros no sea un conjunto de personas sino una configuración subjetiva de los pensamientos en una circunstancia” (Lewcowicz, 2004, p. 16). (p.55)

Finalmente, Montero y Goncalves-de Freitas (2010) enfocamos la noción de comunidad en el marco de su lugar en la PCC, entendiéndola como entidad colectiva co-terapeuta, que contribuye con formas de conocimiento popular y saber-hacer, y con redes de apoyo para fortalecer a la persona en tratamiento, que ayuda en la observación del tratamiento, y en la adaptación y re-adaptación de las personas en riesgo.

En este sentido, Góis (2012) considera fundamental la presencia de lo que él denomina *cuidadores comunitarios*, a quienes define como personas que cuidan a otros e incluso más allá de su comunidad, a pobladores/as que requieren de ayuda. Estos tal como expone el autor tienen mucho que decirnos a los/as profesionales de cómo ven y actúan en su práctica de ayuda a quienes padecen algún sufrimiento, quienes se involucran en actos violentos, en el alcohol y las drogas y aquellos con crisis existenciales.

En la comunidad de Catuche, en Caracas, tengo conocimiento de que, a lo largo de su historia, varias personas de la comunidad han desarrollado este rol y en un momento dado conformaron un grupo al que denominaban “acompañantes familiares” a quienes se quiso brindar formación cuando iniciamos nuestro trabajo desde el postgrado de Psicología Clínica-Comunitaria, pues tuvimos la solicitud de ofrecer herramientas a estas personas. No obstante, este espacio no se consolidó, tal vez por nuestra recién inserción en esta concepción y por los tiempos de la comunidad.

Pienso que, quienes trabajamos en el ámbito comunitario, evidenciamos figuras como estas, que quizás no han llegado a querer formalizarse, pero que en lo cotidiano se amerita su presencia. Varios de los/as líderes/lideresas altruistas a los que refiere Farías (2008) en su investigación con historias de vida de líderes/lideresas comunitarios/as en la ciudad de Caracas, dedican gran parte de su labor a esta asistencia a otros.

Sería interesante reflexionar en torno a la figura del acompañante terapéutico, que si bien, por lo general, es un/a terapeuta que recibe una capacitación particular para

desarrollar esa labor, podría ser de gran valor incluir la experiencia con este tipo de rol para la formación de los/as agentes comunitarios dentro del trabajo clínico-comunitario.

Para Bustos (2002 como se citó en Hernández, 2006):

...el objetivo final del acompañante terapéutico en un hospital psiquiátrico es contener, sostener y apoyar al paciente para que recupere sus capacidades, desarrolle sus potencialidades y habilidades, y aprenda a desenvolverse socialmente, sin necesidad de ser excluido por presentar una discapacidad mental. (p. 22)

Este tipo de acciones mencionadas podrían extrapolarse y ampliarse dentro del ámbito comunitario, a fin de potenciar el cuidado de las personas de la comunidad entre sí.

En definitiva, a la Psicología Clínica-Comunitaria le corresponde estudiar el rol de acompañamiento a otros que realizan las personas de las comunidades ante situaciones difíciles que ocasionan sufrimiento; y para ello, tenemos en primera instancia como marco conceptual las nociones de redes comunitarias, acompañante terapéutico/a, co-terapeuta, facilitador/a, promotor/a de salud y cuidador/a comunitario.

2.6. *Problemáticas que Corresponde Atender a la PCC*

Entre las problemáticas que Balda (2006) encontró con sus entrevistados/as que corresponden atender a la PCC se pueden identificar las siguientes:

- Violencia, en todas sus manifestaciones: maltrato, negligencia, abuso sexual, violencia doméstica, etc.
- Pobreza y sub – desarrollo.
- Situación política y conflictos.
- Relaciones de poder en diferentes contextos.
- Factores protectores y de riesgo presentes en el contexto.
- Adicción a las drogas.
- Trauma y manejo del trauma.

Este último es indicado también por Herrera (2008) aludiendo, a que las personas necesitan experimentar la sensación de protección y contención, que sus fragmentos sean recogido y unidos. En este sentido, es importante mostrarles que el/la terapeuta es capaz de reconocer sus sentimientos y emociones, y recibirlos. Aunque, a veces, esto puede ser insuficiente, pues no siempre pueden ser procesos largos.

La violencia es un tema que también mencionamos Montero y Goncalves-de Freitas (2010), pero, en este caso, como el generador de duelo, pues se trata de una comunidad en la que la violencia ha cobrado muchas víctimas, sobre todo, de jóvenes. Explicamos este proceso desde una experiencia de trabajo clínico-comunitario, en la cual vamos comentando las características de dicho duelo.

En esta experiencia, el primer elemento importante es que el origen y vivencia de este duelo es una experiencia conjunta, lo que lo complejiza y lo hace silente, pues las personas tienen temor a ser denunciadas por sus propios vecinos/as, en el caso de ser alguien de su familia, en especial su hijo, el perpetrador de la violencia. Es un duelo

que puede entenderse como crónico, en fase de negación, con dificultad para exteriorizar el sufrimiento, permanentemente reditado, sin llegar a una fase resolutive (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Las madres se sienten responsables de detener la violencia, esto aumenta los factores sociales perturbadores y la manifestación de otros duelos “atípicos” como, por ejemplo, por los/as drogadictos/as que consideran mueren día a día. Perciben a su entorno como ambivalente, en tanto resulta amenazante por lo antes expuesto, pero a la vez es una fuente de apoyo. De este modo, se evidencian sentimientos de odio, rencor, venganza, silencio y encierro como modos de protección en contraposición a rituales comunitarios (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Por su parte, Montero (2010) destaca la importancia de contemplar el sentido de comunidad, ya que este es, por un lado, base del apoyo social, redes y formas de solidaridad y, por otro, puede originar aspectos negativos o patologizadores y ausencia de redes que pueden llevar a la indiferencia, por lo cual se debe intervenir para eliminar los factores patógenos y fortalecer los saludables. Vinculado a ello, las ciencias sociales, políticas y de la salud han estudiado cómo la ausencia o perturbaciones de la normatividad aumenta los problemas sociales y, en consecuencia, los trastornos de salud.

De otro lado, Montero y Goncalves-de Freitas (2010) indicamos procesos como la polarización de perspectivas, que dificulta integrar los aspectos positivos y negativos de la comunidad o suscita percepciones extremas opuestas respecto de algunos actores/as comunitarios, por ejemplo, hablar de jóvenes “dañados” y “sanos”. De

manera similar, el chisme y el rumor se convierten en las comunidades en una estrategia de alivio de tensión a la vez que, de violencia y mutismo, dado que producen confusión, malos entendidos, temor y exposición a la crítica. En contraposición, la comunicación abierta permite incrementar la SM.

Valenzuela (2015) comenta cómo algunas intervenciones, en su contexto, se han abierto a la integración de los elementos clínicos-comunitarios, tal es el caso de la violencia política, jóvenes infractores de la ley penal, violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Respecto de la atención en salud mental de personas afectadas por la violencia política, alude a cómo fue modificada la nomenclatura de estrés postraumático, en función del tipo de experiencia contextual-violenta (Pipper, 2008 como se citó en Valenzuela Contreras, 2015), “pasando a considerarse problemas psicopolíticos, recogiendo un modelo de trabajo sociocontextual” (p. 22).

En esa línea, hay áreas que la autora considera requieren aún una mirada que apunte a una comprensión desde la complejidad, entre las que señala la “inmigración, la interculturalidad, la violencia de género, los problemas medioambientales, las identidades sexuales y las nuevas identidades juveniles” (Valenzuela Contreras, 2015, p. 23).

2.7. Niveles de Intervención

Al aludir a los niveles de intervención, además del tratamiento, aparece la prevención como un elemento central para actuar sobre los factores de riesgo (Montero, 2010). Atender es también prevenir y viceversa (Pezo del Pino et al., 2008).

La PCC enfatiza en la atención primaria, contemplando los recursos materiales y humanos con los que se cuenta. Desde esta manera, se plantea el desarrollo de grupos de sostén y ayuda mutua, la promoción de autocuidado, la creación y consolidación de redes comunitarias y el impulso de políticas públicas saludables, por lo que se hace sustancial la intervención de los gobiernos locales (Bustamante, 2008).

Se puede trabajar con cualquier nivel de configuración social que coexista al interior de una comunidad: persona, familia, grupo, institución, la comunidad misma (Pezo del Pino et al., 2008), acorde con lo que se amerite, sin desligar la relación de lo individual-comunitario (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010). Se interviene en el vínculo que se da entre la persona y el contexto, se atienden a todas las unidades del sistema (Balda, 2006).

En relación a cómo debe darse la intervención, Montero (2010) plantea dos niveles posibles:

- Nivel de intervención comunitaria, dirigida a promover la organización comunitaria y el fortalecimiento de grupos de la comunidad, a detectar necesidades y recursos, y a hacer conciencia de que la salud mental está relacionada con el entorno, por lo cual puede ser transformada por ellos/as mismos/as. Además, este nivel refiere al fortalecimiento de las redes de apoyo social que permitan atender a las personas afectadas en su tratamiento y control a fin de evitar recaídas.
- Nivel de intervención clínica-comunitaria, en el cual se atiende el malestar social, la depresión socializada en la vida cotidiana, la pérdida

de expectativas sociales y las ilusiones que se perciben sin provenir. Todos ellos refieren a que la causa del trastorno se genera en la comunidad.

Así pues, desde esta última propuesta, la Clínica-Comunitaria va en dos sentidos: la salud del colectivo y la involucración del colectivo para el manejo de los cuadros personales que se suscitan en determinado contexto.

Confluyen en estas ideas, tres modalidades de niveles distintos y que, a mi modo de ver, no son excluyentes entre sí. Una relacionada a la clásica modalidad empleada en el ámbito sanitario (promoción, prevención, atención) que supone el momento en el que se encuentra la problemática a trabajar, otra respecto al tipo de sistema que se aborda, y la última, en función del tipo de problema que se requiere atender.

Finalmente, los/as autores/as hacen mención a que la intervención es preventiva y busca fomentar la salud y las condiciones en la comunidad para no llegar a la patología. Del mismo modo se enfatiza en el desarrollo de investigaciones en el área.

2.8. *El/la Psicólogo/a Clínico-Comunitario/a y su Relación con la Comunidad*

Los/as autores/as han desarrollado en abundancia sobre las características y el quehacer del/de la psicólogo/a clínico/a-comunitario/a (pcc), en su relación con la comunidad, pero apenas se hace una mención al lugar de la comunidad. El primer punto por señalar es que, adicional a hablar del/la pcc, se le adjudican otras denominaciones dependiendo del rol o lugar en el que se quiere enfatizar, las cuales, además, no son

excluyente entre sí, es decir, un/a mismo/a autor/a puede usar uno u otro. Tal vez los dos calificativos más empleados son el de terapeuta y facilitador/a (Balda, 2006; Góis, 2012; Herrera, 2008; Montero, 2010; Montero y Goncalves, 2010).

Pezo del Pino y otros (2008) le designan como “agente asistencial o asistente”, ello supone que, más allá de su profesión, quien cumple el rol es consciente de que se encuentra en una relación asistencial que es asimétrica por más que sea de carácter democrático y participativo. Cumple un rol de contención y facilitación de procesos intersubjetivos y tiene la responsabilidad profesional y ética de velar por ese rol y de que los procesos emerjan en los/as protagonistas.

Por último, y vinculado con este tema de la relación, Góis (2012) critica a una de las categorías más empleadas en el campo comunitario, la catálisis social. En tal sentido, explica que el/la profesional en este ámbito no es un catalizador porque se transforma en el proceso.

En el estudio de Balda (2006) los/as entrevistados/as definen al/a la psicólogo/a clínico/a-comunitario/a como un/a profesional que tiene una visión más amplia e integradora, es decir, más allá de la psicología clínica convencional (modelo médico). Ello implica un mayor grado de comprensión de los fenómenos que existen a su alrededor, mantener la perspectiva individual y enriquecerla con el contexto, además de poder incursionar en técnicas y en modos de relación.

En ese sentido, manifiestan que el/la terapeuta bajo esta perspectiva se mantiene abierto y crítico respecto del modo cómo actúa y de su incidencia dentro del proceso. La intervención y sus objetivos se construyen de manera conjunta con la persona que

atiende. De esta manera, los objetivos centrales de su trabajo son lograr que el cambio sea más o menos permanente y que el individuo tenga un estilo de vida diferente. Igualmente, busca identificar necesidades, potencialidades y recursos, así como, problematizar lo naturalizado y potenciar la esperanza en acción (Balda, 2006).

Entre los roles y funciones del/de la pcc, Pezo del Pino y otros (2008) enuncian el escuchar, acoger y ayudar a elaborar; promover el diálogo atento, respetuoso y sin prisa, a través del cual han de facilitar la palabra, la comprensión de procesos psicosociales y relaciones humanas.

Debe ayudar a las personas o grupos a encontrar un sentido significativo para ellos/as en lo que se dice, y en lo que es difícil o no se puede decir. Ayudar a ver o escuchar lo que no se puede ver o escuchar, dado su lugar neutral y comprometido como agente externo. Ello genera procesos de fortalecimiento personal y colectivo que, a su vez, dan lugar a procesos de cambio y reparación subjetiva. Es portavoz (habla por él/ella y por el grupo) de la trama individual o colectiva y ayuda a comprender las problemáticas de la comunidad (Pezo del Pino y otros, 2008).

Por su parte, Góis (2012) comenta que, al/a la pcc le corresponde entrar suavemente en el flujo del grupo y de cada participante, facilitar positivamente, confrontar con firmeza y ternura. Usa posturas directivas, no directivas, semi-directivas, de orientación y receptividad sensibles al proceso social y humano del grupo. Colabora con el crecimiento de las personas valiéndose de su capacidad personal y terapéutica.

En el proceso de terapia, ambos reflexionan, pero la actitud del/de la terapeuta es un “dejarse llevar” por la regresión del/de la paciente para retornar y ayudarlo a reubicarse en la racionalidad comprensiva. La regresión es mayor cuanto más traumáticos son los contenidos del/de la paciente (Herrera, 2008).

Ahora bien, esta forma de tarea hace que la vivencia del/de la pcc, sea compleja, en tanto se da una tensión entre lo racional (tarea profesional: teorías, técnicas, criterios éticos, procedimientos de intervención) y lo afectivo (carga que producen las relaciones humanas), pues se suelen separar. Tal vez porque a veces se minimiza lo que se hace, dada la magnitud de las situaciones que corresponde atender. Y, de esta forma, cuando la subjetividad del problema es compartida, dada la configuración social a las que todos/as pertenecen, se hace más difícil cumplir este rol de “tercero” por la carga emocional generada en el/la propio/a profesional (Pezo del Pino et al., 2008).

En la misma línea, existe dificultad de los/as terapeutas para tolerar la frustración y manejar la incertidumbre. Se puede decir que los/as profesionales viven una situación de duelo por no lograr en las instituciones “el encuadre ideal”, “la sesión ideal”, pero nos dejamos también llevar por la inercia de las cosas (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010, Pezo del Pino et al., 2008).

Lo anterior hace que se juzgue necesario que el/la profesional tenga ciertas habilidades y características, entre las que se indican la sensibilidad personal, seriedad, sensatez, cuidado, inteligencia, experiencia, flexibilidad, creatividad y capacidad para diagnosticar la demanda comunitaria con la mayor precisión para no equivocar acciones (Cabrejos, 2008).

Debe tener conocimiento de la realidad de las personas, inserción comunitaria, coherencia existencial, potencialidades personales, capacidad de vínculo, conocimiento técnico y teórico de la PCC, manejo democrático del grupo, capacidad de apoyar y dar límites, fluidez verbal, didáctica (Góis, 2012). La manera de entender los problemas humanos tiene que ver con la concepción sobre lo humano; el/la asistente debe estar comprometido a reflexionar sobre ello (Pezo del Pino et al., 2008).

Lo anterior se traduce en exigencias como, la consistencia entre la vida personal y la manera de entender la vida e instrumentos de pensamiento racional y lógico, pues esto se verá reflejado en la relación asistencial de manera espontánea y afectiva. Somos instrumentos de conocimiento al servicio del/de la asistido/a, no reconocerlo puede llevar a suponer que ningún otro/a asistente podrá entender ni llegar mejor al/a la asistido/a en beneficio de este/a (Pezo del Pino et al., 2008).

El/la profesional es el principal instrumento del trabajo en SM pues este tiene como centro las relaciones humanas. Requiere una escucha paciente y empática, lo cual no se logra sólo con entrenamiento teórico y técnico sino también con la reflexión de la experiencia y el conocimiento de nosotros/as mismos/as. Las personas asistidas requieren integridad y consistencia en el/la asistente; un espacio mental de intimidad, privacidad y confianza; ser escuchado, entendido y aceptado. El/la asistente debe cuidar ese clima de intimidad y respetar el tiempo del/de la asistido/a, ya que “nuestra dificultad para tolerar lo incomprensible nos puede llevar a inducir en el asistido, preguntas y respuestas que no son de él, sino, de nuestra angustia” (Pezo del Pino et al., 2008, p. 40).

El/la pcc conduce procesos sociales y humanos profundos, facilita situaciones y expresiones sociales e individuales que requieren que tenga una postura coherente con la situación. Debe mostrar claridad, afectiva y solidaria, puesto que el proceso es importante para los/as participantes y, para brindar apoyo, es necesaria la expresión, el respeto, la cooperación y la convivencia (Góis, 2012).

Se trata de una labor de alta exigencia, además de lo ya mencionado, porque, en líneas generales, la intervención en SMC es frustrante, en tanto las condiciones de trabajo son incómodas, exigentes, no bien remuneradas; la carencia de la población exige atender demandas difíciles de contener y procesar; por lo general, existe carencia de asesoría de los equipos y, en consecuencia, no tienen instrumentos adecuados para este tipo de trabajo, en el que hay exigencias de la población y de las instituciones. Por todo lo anterior, se requiere el cuidado de los/as profesionales (Costa, 2008).

Aunado a lo mencionado, la violencia que escucha el/la terapeuta puede generarle miedo e impotencia que puede trasladar a la institución y reproducirse entre los miembros del equipo, lo cual amerita un espacio de trabajo constante (Herrera, 2008). En oportunidades, los/as profesionales se sienten frustrados también porque no se les entiende o se sienten poco acogidos por la población que muestra mucho desánimo, lo cual, a su vez, les desanima (Pezo del Pino et al., 2008).

El equipo debe discutir el trabajo que realiza y expresar sus dificultades y sus temores, el grupo puede ofrecer soluciones y revelar obstáculos que individualmente no se ven, ya que el temor no reflexionado puede llevar a intervenciones superficiales y rutinarias por parte del/de la terapeuta (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Es fundamental, entonces, mantener espacios de discusión y diálogo entre profesionales, pues permite que las dificultades se transformen en fortalezas y armar rompecabezas más completos y cercanos a la realidad, de ser posible contar con un/a experto/a en estos espacios es ideal a fin de contener y elaborar lo que se hace difícil en la relación asistencial (Pezo del Pino et al., 2008).

En este enfoque terapéutico las personas trabajan junto con los/as psicólogos/as en un proceso que repercutirá en la comunidad; el poder y conocimiento no se concentra en el/la terapeuta, sino que se distribuye entre la persona atendida, el equipo multidisciplinario y la comunidad. La cultura, la historia y las costumbres de la comunidad se usan como marco y fuente de conocimiento. Todo esto, acorde a sus posibilidades, deben trabajar en la promoción de salud, prevención de enfermedades y en el apoyo social a las personas en tratamiento (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Estas diferencias culturales respecto de la población con la que se trabaja pueden ocasionar dificultades en el/la terapeuta para entender muchas veces lo que las personas de la comunidad le quieren decir, dado que los signos y símbolos que ambos emplean provienen de distintos mundos de vida, con historias, experiencias, procesos educativos y medios de vida desiguales (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

“Así, por ejemplo, lo que puede ser interpretado como una depresión psicológica de repente es interpretado por una comunidad como un susto, con todas las connotaciones intragrupalas propias del universo cultural de esa comunidad” (Pezo del

Pino et al., 2008, p. 31), por lo que se debe usar traductor en casos de asistir personas de otra lengua materna.

Esta incomunicación se genera, muchas veces, no solo por el ser diferente al otro, sino por su dificultad de escucharlo y entenderlo, aun cuando se hable el mismo idioma y se pertenece al mismo grupo. Se debe hacer un esfuerzo por integrar aquello que se quiere hacer desde la propuesta de intervención con lo que se necesita recibir desde la comunidad (Pezo del Pino et al., 2008), pues los/as agentes externos llegamos con un saber y un no-saber que puede chocar con las condiciones en las cuales se trabajará (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Definitivamente, lo que se hace depende de la aproximación que se tiene; la manera de escuchar tiene que ver con el tipo de encuadre que cada organización formula, con los fundamentos teóricos, el tipo de población y las modalidades que se emplean. En tal sentido, no puede perderse de vista el que el/la profesional, hegemónicamente, forma parte de la élite del conocimiento, por lo que en su trabajo inevitablemente, de entrada, existen relaciones de poder, ello dificulta el ponerse en el lugar del otro, y la empatía (Pezo del Pino et al. 2008).

Entonces, el trabajo asistencial tiene consecuencias políticas, dadas estas relaciones de poder, por lo que, el poder del/de la asistente debe ser “benigno”, es decir, acoger y sostener el sufrimiento o conflicto del/de la asistido/a, escuchar (palabras, gestos, silencios) y dejar que la persona se escuche, ayudarle a restablecer conexiones y sentidos, construir o reconstruir afectos en armonía con la verdad de la persona. En conclusión, se trata de brindar buen trato y ternura (Pezo del Pino et al., 2008).

Finalmente, la intervención comunitaria puede ser un espacio de enriquecimiento y encuentro de los diferentes: “Un encuentro saludable es aquel que trasciende esa mirada que subordina al otro y establece un vínculo fundamentado sobre todo en la confianza y el compromiso” (Pezo del Pino et al., 2008, p. 40).

2.9. *Método y Técnicas de la PCC*

En un sentido amplio, Pezo del Pino y otros (2008) manifiestan que es necesario trascender del qué al cómo, pues la forma termina siendo parte del contenido. Esto compromete una lectura libre de prejuicios de la realidad social y cultural a la que pertenecen las personas o grupos, al igual que estar abiertos a nuevas propuestas, provenientes de lo multidisciplinario y la comunidad, pues han de ser modelos de aproximación adecuados a las características de la comunidad.

Se necesitan métodos clínicos pensados en función de “quienes apenas pueden dentro del sistema social dominante, pero que pueden poder en otro modo de hacer” (Montero, 2010, p. 212). Como ya se ha dicho, se deben incluir en el trabajo el manejo de las relaciones de poder y el conflicto propio de las relaciones humanas y, por tanto, de las comunidades, se trata de procurar permanentemente el vínculo interpersonal y las relaciones sociales (Pezo del Pino et al., 2008).

Góis (2012) habla del método clínico-comunitario, en el cual se valora la expresión del potencial de vida y el poder personal de las personas estimulando la autoayuda del grupo a través del diálogo, la conversación existencial, la escucha, la vivencia y el hacer comunitario. Es socialmente interactivo y grupal. No es exclusivo

de profesionales de la psicología pues otros/as profesionales de áreas vinculadas con la salud y miembros de la comunidad pueden emplear el método de acuerdo a sus capacidades.

Se trata de un abordaje dialógico, comprensivo y activo, en el que prácticas afines de la psicología y la educación (educación liberadora, abordaje rogeriano, psicodrama/sociodrama, teatro del oprimido) ayudan a pensar la PCC desde la perspectiva biocéntrica y sociopsicológica. El autor, muestra lo que considera las estrategias básicas del método de la PCC, que parecieran fases del trabajo:

1. Inserción en la comunidad: es un desafío para el/la pcc estar involucrado con la realidad estudiada, conocerla, identificarse con el sentido de su transformación en pro de sus miembros. Su inserción implica aportar a esta transformación a partir de objetivos y necesidades de las personas identificadas a través del diálogo-problematizador y la comprensión de la realidad. Es una relación colaborativa, de intercambio, compañerismo y acción social, en la cual se integran conocimientos de origen académico y de la práctica de los/as habitantes.
2. Práctica clínica, centrada en la terapia del encuentro (descrita a detalle más adelante): puede ser individual o grupal, el énfasis está en la prevención, promoción y acogimiento/apoyo en la superación del sufrimiento y la reconstrucción de las capacidades de autonomía para la vida y para lidiar con la ideología de la subordinación y resignación, y el estrés crónico del oprimido. Todo ello, para favorecer la creación de

nuevos sentidos de vida, nuevos sentimientos, nuevas conductas, incluyendo las comunitarias.

3. Integración de la práctica clínica con actividades comunitarias, políticas públicas y tercer sector en la comunidad: las personas sufren por estar aisladas, atentos a sus sentimientos de desamparo, por no estar envuelto en la solidaridad comunitaria con el apoyo y amor de otros (Alves de Oliveira, 2003 como se citó en Góis, 2012). En el espacio de interacción comunitaria la persona tiene la oportunidad de ser oída, reconocida, valorada y darse cuenta de que otros sufren de la misma manera y necesitan ayuda. Juntos se pueden ayudar a superar las dificultades, el crecimiento de uno puede favorecer el de otros.

Los procesos de superación pasan por la integración entre la acción social, la subjetividad social y la subjetividad individual; integración de dimensiones social y clínico-comunitaria. Las actividades comunitarias incluyen el mirar hacia la vida interna de cada persona, su subjetividad, sus problemas y sufrimiento individual y familiar. Se entrelazan vida colectiva - vida personal, historia comunitaria - historia personal, drama colectivo - drama individual, sufrimiento de la comunidad - sufrimiento de cada uno que allí vive. Por ello, hay que tender al desarrollo de actividades comunitarias propias del lugar.

4. Implementación de Foro Local de Salud Comunitaria: es un espacio político de articulación y acción que problematiza la salud de los/as

habitantes y el quehacer de estos/as, la colectividad, los/as profesionales y las instituciones de salud y de asistencia social locales. Es un espacio de intercambio de prácticas y saberes, de relación interprofesional e intersectorial, de diálogo con movimientos comunitarios y otros actores individuales, sociales e institucionales (Góis, 2012).

Con una lógica similar, pero incluyendo elementos diferentes, Montero y Goncalves-de Freitas (2010) señalamos las fases del trabajo clínico-comunitario, tomando como referente una experiencia comunitaria particular, las cuales, se entrelazan entre sí: 1) aproximación a la comunidad (familiarización y sensibilización), detección de necesidades y organización de un proyecto de intervención clínico-comunitario; 2) generación de formas terapéuticas clínicas-comunitarias (encuadre y desencuadre, la alcabala, grupos de escucha, lo lúdico y recreativo); 3) comprensión desde la perspectiva clínica-comunitaria, en el que se identifican los procesos presentes (polarización de perspectivas, mecanismos de resistencia, chisme y rumor).

Pezo del Pino y otros (2008) señalan la ausencia de modelos y estrategias de cómo poner la SM en la agenda de una comunidad, de cómo llegar a las personas. Disiento de esta idea, pues creo que la fase uno, explicadas tanto por Góis (2012) como por Montero y Goncalves-de Freitas (2010), da cuenta, desde mi punto de vista, de estas alternativas para dialogar en torno a la SM.

Finalmente, presento una serie de técnicas empleadas en la PCC, esbozadas por los/as autores/as, siendo el encuadre la más mencionada y la terapia del encuentro la

más ampliamente descrita por quien la propone, razones por las cuales las dejaré al final de la lista.

a) Diagnóstico participativo

Esta forma de diagnóstico permite entender el pedido de ayuda planteado por las personas de la comunidad y evaluar sus capacidades reales para resolver sus problemáticas. Ello permite atender crisis psicológicas y sociales a distintos niveles (individual, familiar, grupal, institucional), es decir, con una perspectiva psicosocial, en el sentido que hace referencia a las formas culturales e históricas de vivir, comprender y manejar situaciones de convivencia social (Pezo del Pino et al., 2008).

b) La alcabala

Esta técnica surgió de manera natural en una intervención comunitaria sobre el tema de violencia-duelo, creada por las propias participantes, quienes, al estar a la espera, junto a los/as terapeutas, en las afueras del local donde desarrollaban su sesión grupal habitualmente, detenían a algunas de sus vecinas al pasar por el lugar para conversar acerca de las situaciones de violencia y duelo en la comunidad. De modo que allí, en la calle, se fue generando la sesión sin que las personas se sintieran invadidas o amenazadas (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

c) La recreación y lo lúdico

Es usual emplear estrategias de este tipo para el trabajo con niños/as. Resulta también interesante con adultos/as, pues de igual manera permite que emerjan espontáneamente las preocupaciones y malestares personales e interrelacionales, y que se puedan comprender con mayor facilidad las problemáticas, así como buscar

alternativas para resolverlas en un ambiente flexible y de esparcimiento (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

d) Grupo de escucha

Al igual que “la alcabala”, es una técnica co-construida con las participantes. Este es un grupo semi-abierto, en el que se combina lo psicoterapéutico y lo psicoeducativo para propiciar apoyo, y en el que se tratan temas personales, familiares y comunitarios; el guion lo definen las propias participantes en compañía del/de la terapeuta. Lo central es la “escucha”, es decir que todas las participantes pueden expresarse y ser escuchadas de manera comprensiva y solidaria por el resto del grupo (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010). Tal vez esta experiencia se puede complementar con la idea que exponen Pezo del Pino y otros (2008) de que problematizar o tematizar una situación o dificultad cotidiana a veces es suficiente para desencadenar procesos de reapropiación de la propia vida.

e) Escucha comunitaria

Se trata de prestar atención a la estructura y dinámica de las relaciones sociales y de poder a través de las narrativas de los/as interlocutores con los que dialoga, pudiendo entender la porción de poder de estos y su lugar en la trama social (Pezo del Pino et al., 2008).

f) Reconstrucción de la memoria nacional y local

A través de testimonios para lograr reconocimiento, reinterpretación y resignificación del pasado y ayudar a promover la superación saludable de los efectos de la violencia (enmarcada en el Conflicto Armado Interno). Es necesario sensibilizar

para testimoniar a fin de conseguir que los testimonios sirvan de espacio de soporte emocional. El encuentro con otros/as promueve cambios que amplían los recursos psíquicos de las personas mediante la internalización de un modelo diferente de relaciones humanas (Vega, 2008).

g) Encuadre

Es aquello que enmarca nuestro trabajo, la dinámica del proceso. Constituyen la totalidad de normas y técnicas estables (horarios, espacio, honorarios, número y duración de sesiones, secreto profesional, etc.) que usamos en cualquier intervención psicológica. Varían de acuerdo con la intervención, el contexto y características del/de la psicólogo/a y las personas. Depende de la capacidad del/de la psicólogo/a para mantenerlas y debe pasar casi desapercibido. Sus variaciones dependen de la creatividad y experiencia del/de la psicólogo/a, debe mantenerse la coherencia y los roles (Martínez, 2008).

Lo fundamental del encuadre se da en el entorno de la relación asistente/asistido, en el vínculo entre ambos, en lo implícito de los encuentros. Entonces el encuadre funciona como continente y el contenido como proceso. “Es el fondo sobre el que habrá que construir un ‘modelo alternativo’ de relación”, tiene la función de sostén, de marco y frontera entre el adentro y el afuera. Es fundamentalmente simbólico. En una experiencia con desplazados, a diferencia del consultorio, el paciente era quien “organizaba” el espacio para la sesión, lo cual ayuda a interpretar respecto del proceso terapéutico y la organización del mundo interior (Valz, 2008, p. 91).

Rodríguez (2003) exhorta a comenzar a preguntarse si el encuadre, en el esquema estandarizado de horas puede continuarse empleando como un recurso interpretativo o como situaciones propias del mundo de vida del/de la paciente o cliente. ¿Se puede hablar de “resistencia” cuando la persona de bajos recursos económicos, no asiste a consulta por no tener como pagar el transporte?

En línea con el cuestionamiento anterior, Montero y Goncalves-de Freitas (2010) hablamos del encuadre y su desencuadre, dado que en entornos comunitarios es esencial adecuarse a las condiciones de la cotidianeidad, que implica el uso de espacios diversos y no convencionales, así como cambios en los horarios. De esta forma, el encuadre se va construyendo entre las personas de la comunidad y el/la terapeuta acorde a la realidad y a las experiencias.

h) Terapia del encuentro

Góis (2012) desarrolla esta técnica como una práctica de atención psicológica en la comunidad, destinada a atender el vacío de la red de salud y la red asistencial. Un lugar para que el/la poblador/a y la propia comunidad se sientan acogidos, para hablar de su sufrimiento en relación con la trama colectiva de la población oprimida, para transformarlo en acción en pro de su superación individual y comunitaria. Es una práctica clínica consciente de la prioridad de integrar el cuidado, la prevención y la promoción de la SM.

Está inspirada en el Círculo de Encuentro que se emplea en la psicología comunitaria, enfocado en la concientización y acción comunitaria, en el que la persona busca fortalecerse y fortalecer al propio grupo orientadas a la realización de actividades

comunitarias; mientras que en la Terapia de Encuentro se busca facilitar la superación del sufrimiento mediante la expresión de la potencia de la vida de la persona, evitar que el sufrimiento le impida mejorar su vida y la de la comunidad.

Se habla de “círculo” por la disposición de las personas cara a cara (se mantiene en la Terapia de Encuentro) y encuentro, por estar en profundidad con el otro en su momento existencial, con su flujo interior. También estar presente en el colectivo, en una práctica comunitaria en la cual los participantes se entienden y se ayudan, identificándose, compartiendo sus existencias desamparadas y separadas, sus dolores, potencialidades y sueños.

El habla y el gesto expresa la vida de cada uno. Los/as participantes lidian con las condiciones sociopsicológicas del grupo y la transformación de ellas. Se trabaja el diálogo liberador, el discurso reflexivo, la historia o drama colectivo e individual, la integración grupal, la circulación de ideas e informaciones, la desinhibición, las angustias, el compañerismo, la expresión corporal, el apoyo socioemocional y la expectativa cotidiana y de futuro de cada uno.

El círculo se transforma en la clínica-comunitaria hacia la terapia, manteniendo la relación de los/as participantes con la actividad comunitaria, pero quien busca la terapia lo hace por un sufrimiento personal y no porque pertenece a un grupo comunitario, en algunos el sentido comunitario va apareciendo en el proceso terapéutico. La terapia del encuentro es una terapia popular y comunitaria, una práctica clínica que incluye la prevención en SM y la actividad comunitaria. Del círculo se emplea el diálogo-problematizador, la conversación existencial y la vivencia

biocéntrica; integrados para acoger a la persona en su sufrimiento a través de la escucha, la problematización, la dramatización y la vivencia biocéntrica, intentando evitar las crisis existenciales, trastornos mentales y enfermedades.

Las personas pueden entrar y salir del grupo cuando quieran y no pueden exceder 40 participantes de la comunidad. Se facilita que la persona transite de su situación a la de otro y la de todo el grupo a través de la interacción, el acogimiento y la expresión; se va generando un clima afectivo de respeto, consideración y encuentro. La historia personal se entrelaza con la del grupo y la comunidad, al igual que el drama individual revela el del grupo y el colectivo. Se descubre que el sufrimiento está en muchos y no es responsabilidad sólo de quien sufre sino también de una sociedad que origina sufrimiento y el “ser pobre”. Se fortalece la identidad personal, se trata de buscar cómo enfrentar, superar y no desfallecer ante el sufrimiento, sea en su historia subjetiva, vida material o social.

Acoger es un modo de prevenir la situación de fragilización, para lo que se requiere: 1) comprender sufrimiento de la pobreza en sus formas subjetivas, de lenguaje, de expresiones corporales, de modos sociales y materiales 2) entender la identidad del oprimido y explotado, su pensamiento vinculado a necesidades inmediatas de sobrevivencia, en el día a día, de modo fatalista, poco analítico, concreto.

Muchas veces, la persona busca alivio a su dolor, pero también ayuda material y social. ¿Cómo integrar ambas búsquedas?, hay que evitar la tentación asistencial y tener una actitud liberadora, donde la ayuda psicológica se mantiene como tal, pero se facilita el transitar hacia las prácticas comunitarias y de políticas públicas presentes en

la comunidad. Para garantizar asistencia y permanencia debe haber escucha, alegría, que se direcciona a actividades comunitarias o de políticas públicas; ser un proceso activo, animado vivo sin dejar de lado la búsqueda de solución a los problemas.

3. La Salud Mental: Nociones y Reflexiones

3.1. *De la Pobreza y la Locura: Espacio Compartido de Marginación/Exclusión*

He mencionado antes cómo la PCC ha optado, desde su rol político, por trabajar, primordialmente, por las clases sociales con mayor desventaja social, con énfasis en los sectores “pobres”, dada su condición de exclusión social. En este sentido, Góis (2003) se refiere al “paciente pobre”, estableciendo un interesante puente entre la pobreza y la locura. ¿Pues, no ha sido acaso, desde la mirada clínica y psiquiátrica tradicional, la locura una característica que conduce a un modo de diagnóstico y tratamiento que coloca a la persona en un lugar de exclusión?

Tal como plantea Goffman (1961) la condición de ser paciente psiquiátrico lo coloca en un lugar social estigmatizado, lugar que del mismo modo ocupan “los pobres”. Es así como, de manera habitual las personas suelen decir frases descalificadoras que refieren a que las personas en condición de pobreza “son así porque les gusta vivir así” y coloquialmente, por ejemplo, es muy empleada en Venezuela la expresión “el rancho se lleva en la cabeza”.

Por su parte, la locura es diagnosticada de acuerdo con los cánones psiquiátricos y la persona pasa a ser denominada “paciente”, que alude a quien se conforma o

resigna. Y es en ese contexto de hegemonía psiquiátrica en el que es “tratado” y “curado” (Góis, 2003).

Así pues “pobres” y “locos” ocupan un lugar social estigmatizado que complejiza aún más la condición en la cual están inmersos. Pues tal como afirma Lozada (1991) en un texto que, lamentablemente, no pierde vigencia:

De la misma manera en que las contradicciones de la sociedad son reprimidas por diferentes métodos, se produce en el manicomio la negación y el no reconocimiento de la legitimidad del lenguaje de la locura. Al descalificar la protesta utilizando el estereotipo del enfermo o castigando su disidencia a través de técnicas psiquiátricas, se niega la potencialidad subversiva de su lenguaje y la posibilidad de ruptura con la situación que lo oprime, desplazando, neutralizando o amortiguando con la técnica y la ciencia las contradicciones sociales. (p.143)

No es acaso esta una situación similar a la de la condición de ser pobre en la que se reprime la disidencia o se amortigua a través de dadas paternalistas. Sin dejar de lado las explicaciones culturales, sociológicas y psicológicas que responsabilizan a los individuos por “su gusto por la marginalidad” cuando se afirma “que les gusta vivir así” y la culpa asignada a la familia por no inculcar valores, o a la flojera y falta de determinación para “salir de esas condiciones”; sin olvidar los determinantes intrapsíquicos y de personalidad que los “hace colocarse siempre en el lugar de víctimas”. Así pues, tras un discurso contradictorio y legitimado científicamente se ocultan las relaciones de poder y dominación.

Góis (2003, 2012) plantea que en estudios realizados en Brasil han encontrado que existe una correlación entre salud y nivel socio-económico (incluye ocupación, educación y condiciones de la vivienda) quedando claro que a menor nivel socioeconómico existe mayor deficiencia en la salud. Del mismo modo, afirma que la mayoría de “los locos” que llegan a las instituciones psiquiátricas provienen de los barrios periféricos ya que sus propias condiciones de vida vinculadas a la miseria, la violencia y las dificultades de acceso a los bienes y servicios sociales constituyen una subcultura de la supervivencia en donde su voz no es escuchada colocándolos en el anonimato, lo cual en muchos casos les lleva a la indigencia.

En concordancia con ello, se hace pertinente la siguiente pregunta: “¿Estamos enfermos cuando algo nos hace sufrir por su condición exasperante y el proceso de afrontarlo y resistir a la vez que nos mantiene a flote, nos hace daño?” (Montero, 2010, p. 216)

En el apartado siguiente, aludiré nuevamente a los planteamientos de Góis en torno a las afecciones mentales que genera la pobreza. No obstante, dejaré expuesta acá una idea de este autor, que es contundente al mostrar la relación locura-pobreza: El analfabetismo, el hambre crónica, la desnutrición, limitación intelectual, el desempleo, la carencia sociocultural, la violencia policial, la falta de servicios públicos, la explotación inmobiliaria, la falta de vivienda, la deformación de la realidad por grupos religiosos, son situaciones reales que forman la subjetividad del pobre, de su estructura psíquica, de su personalidad, de sus comportamientos sumisos y violentos y de su propia *locura*. (Góis, 2003, p.73)

Y no sólo nos debemos referir a las instituciones psiquiátricas sino también a los centros públicos de atención primaria, cuyos principales usuarios en Latinoamérica igualmente provienen de sectores populares, y dónde el abordaje, en la mayoría de los casos, de carácter deshumanizado y con altas listas de espera forman parte de la cultura de atención, tal como ocurre en los hospitales psiquiátricos. En estos servicios suele prevalecer el modelo individualista de diagnóstico, síntomas, tratamiento y cura desde la visión del/de la experto/a y con la mínima participación del/de la “paciente”, cuyo mayor aporte en todo caso es solicitar el servicio.

Góis (2003) añade que no se puede responsabilizar totalmente a la Psicología y a la Psiquiatría por ello, pues obedece a una lógica de dominación y opresión de la clase oprimida (refiriendo a un aspecto de carácter más estructural). Pero no por ello, considera que los/as psiquiatras y psicólogos/as debemos quedarnos ajenos a ello, pues, como afirman Pezo del Pino y otros (2008), las situaciones críticas o de precariedad psíquica o social hacen que, el “como si” (anclajes del mundo real e histórico se ubican en el espacio del “como si”) pueda transformarse en algo concreto, y es al/a la asistente a quien le corresponde estar en los dos registros y velar por la integridad subjetiva del/de la asistido/a.

Cabría preguntarnos entonces: ¿no es perentorio trabajar desde un modelo capaz de atender dichos problemas en el marco del contexto en el cual se generan? Es entonces, el lugar propicio para la incorporación de un modelo clínico-comunitario, en el que cómo hemos visto puedan trascender estas problemáticas a través de la incorporación de los propios miembros de la comunidad como co-terapeutas o

cuidadores/as en la atención de estos casos y más allá promoviendo una organización en pro de la transformación de estas condiciones.

Para Góis (2003) lo que correspondería hacer es luchar por la socialización política y económica en la que hasta los “pacientes psiquiátricos” puedan participar en las instituciones en las que se encuentran, lo cual va de la mano con repensar los modelos y prácticas psicológicas que son las que constituyen la formación de los/as profesionales en tanto cómo deben prestar sus servicios en las instituciones.

En este sentido, el autor al referirse a la realidad brasileña considera que es muy limitado lo que los/as profesionales están haciendo en esta línea, pues hay poco interés de las instituciones en el apoyo a investigaciones que apunten hacia ese camino aunado a la búsqueda de los/as profesionales por ubicar enfermedades, síntomas, tratamientos y curas a dichas enfermedades, todo ello alejado de la realidad social.

3.1.1. Estrés crónico: Sintomatología de la pobreza

Los desórdenes psíquicos se han constituido en una plaga que se extiende, sin que hayamos, hasta el momento, encontrado soluciones efectivas para enfrentar esta situación. Las condiciones generales del desarrollo de la vida en nuestro tiempo muestran, a través de una multiplicidad de signos fuertemente discrepantes entre sí, una realidad que constituye el caldo de cultivo propicio para este estallido de los trastornos mentales. (Fernández Álvarez, 1994, p. 259)

Clínicamente, si se incrementa la magnitud de ansiedad, angustia y estrés pueden generarse cambios en el estado mental de las personas y vulnerabilidad psíquica. Las circunstancias difíciles de ciertas personas o grupos sociales pueden

generar fragilidad yóica, o acelerar el quiebre de lazos de cohesión intra e intergrupales. La pobreza puede ser una de estas circunstancias, sobre todo si tiene una historia de dominio y exclusión, en tanto las carencias no brindan perspectivas de futuro. Se puede manifestar como malestar personal o colectivo, pues padecen de agobio cotidiano e intersubjetivo por sus condiciones de vida, que están por debajo de lo que los especialistas del desarrollo humano consideran “ambiente promedio esperable” (Pezo del Pino et al., 2008).

En el mismo orden de ideas, Góis (2008) considera que la condición de vivir en pobreza genera un estado de angustia permanente que se convierte en la principal afección de la salud mental de estos pobladores. Esta angustia tiene su expresión en tres ámbitos descritos por el autor:

1. Estrés comunitario: asociado a una situación constante de lucha y fracaso colectivo, pocos resultados, violencia, desempleo, irrespeto de las instituciones, cansancio colectivo, desconfianza, frustración, pérdida del sentido de comunidad, desesperanza y desorganización social. Considerado por Góis (1984, como se citó en Góis, 2008) como desorganización sociopsicológica del lugar y por Musito Ochoa et al. (1996, como se citó en Góis, 2008) como “Barrio deprimido”.
2. Estrés Familiar: la familia está desamparada, muchas veces desagregada, con deterioro sociopsicológico; enfrentada comúnmente a necesidades materiales no resueltas, enfermedades físicas, miedo, violencia, alcoholismo y falta de perspectiva. Comúnmente, es una familia

desorganizada, humilde, estresada, agotada y tensa en su vida cotidiana; preocupada por la sobrevivencia, sobrecargada por la lucha diaria para resolver la comida del otro día y protegerse, así como, por defenderse de las injusticias sociales y los prejuicios en torno a sí respecto de los otros y la sensación de impotencia. Todo ello, tiene un impacto en la relación de la familia, de la pareja y de cada una de las personas en su entidad individual.

3. Estrés individual: esta situación generada en la familia es asumida de manera diferente por cada individuo, ya que unos tienen mayor capacidad para enfrentar o sucumbir ante el estrés sociopsicológico. Dado el debilitamiento de la identidad personal producto de las circunstancias de vida es frecuente encontrar problemas de alcoholismo, farmacodependencia, embarazo adolescente, violencia, adaptación, apatía y desesperanza. En estos casos el sufrimiento y desamparo se naturaliza y se acepta como voluntad divina.

La disminución de la consciencia crítica y el poder personal para entender y enfrentar su situación de vulnerabilidad y riesgo, el estrés sociopsicológico y su identidad de oprimido puede manifestarse a través de tres dimensiones que expresan bloqueo, disociación o desorganización orgánica, psicológica y social, lo cual limita o impide a la persona cuidarse a sí mismo, de los otros y de la comunidad en la que vive. Estas dimensiones van en escalada, siendo que cada una compromete más aún la salud mental de los individuos.

Además del estrés, existen otras manifestaciones que reflejan los efectos de la condición de pobreza en la salud mental, los cuales se presentan en momentos que describo a continuación.

1. Fatalismo: refiere a la naturalización de la pobreza y dependencia, aceptando el destino natural e inevitable en el que se vive. Martín-Baró (1987) lo considera como una condición de grandes sectores latinoamericanos que corresponde con una actitud básica y una forma de situarse frente a la propia vida, lo cual da cuenta de la relación que establecen las personas consigo mismas y los hechos de su existencia, traduciéndose en comportamientos de conformismo y resignación ante cualquier situación por negativa que sea.
2. Sufrimiento Cotidiano (término propuesto por Osanira Pontes, 2005, en conversación con Góis): es un estado permanente de sufrimiento y estrés ocasionado por las exigencias de sobrevivencia de los habitantes de los sectores periféricos. Es producto también de la situación de vulnerabilidad social y riesgo, de la cultura de la pobreza y del estrés familiar al que ha estado expuesto el individuo. Lo cual favorece la aparición de crisis, enfermedades y trastornos mentales.

Es un proceso relacionado con la obtención de pocos logros positivos en el día a día, el bloqueo de la expresión personal y el aumento de la tensión interna, lo cual origina efectos en el sistema inmunológico que causan mucho sufrimiento, ansiedad y enfermedades

físicas de cierta gravedad en ocasiones. Para contrarrestar estos efectos es importante fortalecer la identidad de la persona y contribuir a la disminución del estrés crónico en cuyo caso son favorables las políticas de inclusión socio-productiva combinadas con actividades grupales que favorezcan la expresión personal.

3. Situación de Fragilidad/Crisis: tiene lugar en los pocos resultados positivos alcanzados en la cotidianeidad, la cual se caracteriza por la fragilidad inmunológica, las disfunciones corporales, orgánicas, emocionales, sociales y mentales que comienzan ya a comprometer la existencia. En este momento la persona sigue activa y persistiendo en sus actividades diarias a pesar de darse cuenta de su malestar y va sintiendo como va decayendo, y en este sentido, intenta reponerse, pero no logra por sí mismo hacerlo. En esta situación ya se requiere de atención de los equipos de salud, de la familia, de los agentes comunitarios para contener la situación y prevenir daños mayores.
4. Enfermedad grave/Trastorno Mental: se trata de una situación de fragilidad grave en el que los mecanismos de autoprotección fracasan. Surgen desorganizaciones corporales, orgánicas, emocionales, mentales y sociales acompañadas de una disminución importante de la actividad del individuo, comprometiendo seriamente la existencia saludable y autónoma de la persona; lo cual, a su vez, afecta el ámbito familiar y social de la persona.

En definitiva, tal como precisa Góis (2008) los efectos de la pobreza son cruciales en la salud mental de la población. Sin embargo, el enfoque clínico-comunitario no puede perder de vista su rol en otros ámbitos donde las personas sufren igualmente por la imposibilidad de expresarse y desarrollarse plenamente dentro de los contextos en los cuales viven.

Acosta (2012), a partir de su investigación, afirma que la violencia y los conflictos sociales, políticos y económicos se presentan como un obstáculo para la felicidad y el bienestar en el/la ciudadano/a venezolano/a actual. Y reporta que existe violación de los derechos humanos en lo que respecta a la salud por no haber acceso a los sistemas de salud y no haber protección ante el sufrimiento, debido a las estructuras sociales, políticas, legales y económicas.

¿Cómo enfrentar este estrés cotidiano?

Es fundamental propiciar discusiones en torno a la salud colectiva y a cómo crear prácticas saludables. En este sentido, la población en circunstancias de sufrimiento tiende a desarrollar capacidades que permiten resistir ante tales demandas. Entre ellas, tal como sugiere Góis (2008), las personas hacen fiestas, se dedican a la música, a la danza, al arte, buscan alternativas de trabajo, asisten a los centros de salud y la escuela, utilizan la religión, consumen alcohol, ven televisión, salen a la playa o lugares accesibles; buscan, en definitiva, mejorar de alguna manera su calidad de vida.

Esto es un aspecto que quienes trabajamos en el campo comunitario conocemos muy bien, es esto lo que se conoce como la resiliencia de los sectores más deprimidos

socialmente, que bajo una lógica de satisfacción de necesidades al estilo de lo que referiría la pirámide de Maslow parece imposible resistir. No obstante, se observan logros importantes, lo cual, una vez más, sugiere la importancia del acompañamiento comunitario, de tal manera que la comunidad sirva como espacio no sólo de contención sino de atención y prevención de estos estados de carácter psicosocial que comprometen severamente la salud mental de las personas, las familias y el colectivo.

De esta manera, Góis (2008) plantea que la salida, aunque parezca utópica, apunta al desarrollo de actividades vinculadas a los ámbitos cultural, salud, educación, laboral, seguridad, tiempo libre, acompañada de actividades concretas que favorezca la eliminación, reducción y control de la enfermedad/trastorno; lo cual se favorece con la convivencia social y familiar, la solidaridad, el desarrollo del valor y control personal, la participación comunitaria y ciudadana.

Desde el campo de la salud, deben implementarse entonces actividades comunitarias, procesos de concientización, grupos de crecimiento personal, formación de líderes/lideresas; así como, actividades colectivas de promoción y prevención de salud y actividades de recuperación de las personas con enfermedades, crisis o trastornos.

Todos los planteamientos que hace este autor apuntan hacia la necesidad del desarrollo de un modelo clínico-comunitario en el cual se fortalezcan los procesos individuales, grupales y comunitarios a partir de la comprensión de los aspectos psicosociales y clínicos que afectan a las personas y colectividades dadas las condiciones de su entorno y la realidad socio-política y socio-económica. Lo anterior

está en concordancia con el proceso de fortalecimiento comunitario que es eje central del trabajo comunitario, dado que en este no es posible generar cambios en el colectivo sin que la persona también sea transformada y viceversa.

Ello implica un trabajo en el cual las personas sean capaces de desarrollar un fuerte sentido de sí mismo en relación con el mundo, que se traduce en un sentimiento de apoyo a la comunidad, acompañado de un proceso de reflexión crítica respecto de las circunstancias políticas y sociales que actúan en el mundo de vida cotidiano, lo que finalmente ha de conducir a la acción, que posteriormente debe ser reflexionada a fin de construir, desarrollar y adquirir estrategias y recursos adecuados para lograr posiciones individuales y colectivas que intervengan significativamente en el entorno social compartido (Montero, 2003). De esta manera, el manejo del fortalecimiento se convierte en una línea de acción que permite el abordaje de la salud mental.

3.2. *Re-construyendo la Noción de Salud Mental*

Hablar de Salud Mental en PCC requiere entender la diferencia entre el modelo de salud biomédico y el psicosocial comunitario, tal como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1

Cuadro comparativo del modelo médico y modelo psicosocial comunitario

Modelo médico	Modelo psicosocial comunitario
Visión estatuida de la salud y de la enfermedad.	Salud y enfermedad integran la construcción social de la realidad, por lo tanto, su comprensión responde a la cultura .

<p>La enfermedad es externa a la persona, penetra y se aposenta en ella. Concepción del cuerpo invadido, tomado.</p>	<p>La enfermedad es el producto de un desbalance entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural, lo económico y lo espiritual (Serrano, Bravo, Rosario, Gorrín, 1998).</p>
<p>El/a terapeuta sabe y cura. Los procedimientos, técnicas y medicamentos son generados por un campo específico de la ciencia, elaborados por una industria específica y regulados por el/a terapeuta.</p>	<p>El/a terapeuta sabe y cura contextualizando la enfermedad. Ese proceso se da con ayuda de miembros de la comunidad donde se sitúa el problema.</p>
<p>La enfermedad y la defensa contra ella es el concepto central.</p>	<p>Se parte de la concepción de que la mayoría de las personas están sanas. La salud predomina sobre la enfermedad.</p>
<p>La búsqueda de la salud se centra en la relación terapeuta-paciente.</p>	<p>Se reconoce la capacidad de sanación del cuerpo humano, el efecto terapéutico de las relaciones humanas positivas y hay una aproximación cautelosa y prudente respecto de la administración de fármacos.</p>
<p>La responsabilidad y control por la curación reside en el/a terapeuta.</p>	<p>La responsabilidad y control son del equipo multidisciplinario y de la persona enferma (Serrano, Bravo, Rosario y Gorrín, 1998).</p>
<p>Hay desbalance de poder. Este reside en los proveedores de servicios de salud, que lo ejercen sobre pacientes y grupos.</p>	<p>El poder se ejerce con la comunidad y la persona interesada.</p>
	<p>Énfasis en el apoyo social como factor fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud.</p>

Nota. Cuadro elaborado por Montero (2002, como se citó en Montero, 2010, p. 208).

Esto implica una ruptura paradigmática que permite entender la salud mental desde otra perspectiva, consolidando los esfuerzos realizados por los movimientos de la antipsiquiatría, de salud comunitaria y la propia psicología clínica y psicología comunitaria.

Si bien, como apreciamos en el apartado anterior, y lo veremos en éste, la aplicación de esta nueva postura se ha dado parcialmente, presentándose aun grandes resistencias, el lenguaje ha ido cambiando. Así, de una noción de salud como ausencia de enfermedad, la World Health Organization (2018), OMS por sus siglas en español, ha pasado a concebir la salud como:

un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (párr. 2)

Ello no sólo valora la noción de bienestar, sino que enfatiza el carácter relacional de la misma, en tanto se da en función de los aportes que el individuo hace a su entorno, del cual también recibe beneficios. Del mismo modo, es claro el énfasis en las capacidades del individuo, lo cual lo aleja de su condición de “paciente”. Mucho, entonces, comparte esta visión con la definición que propusieron Serrano-García y colaboradores en 1998 desde la psicología comunitaria, la cual sigue vigente para quienes nos desempeñamos desde la disciplina:

La salud es una construcción social que resulta de una interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y

social, y facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad. (p.16)

Para Vega (2008), en consonancia con la propuesta anterior, la salud es la “Búsqueda de un estado de bienestar y equilibrio, que se expresa en la capacidad de las personas para establecer relaciones constructivas y desarrollar recursos individuales y sociales para responder a las demandas y problemas de manera creativa y productiva” (p.70).

Por su parte, Costa (2008) considera que la salud es parte de una realidad social compleja, que implica, un estado de bienestar físico, mental y social. Asimismo, Pezo del Pino y otros (2008) exponen que la salud puede ser “entendida como bienestar y máxima posibilidad de realización personal, así como el precepto de respeto a la dignidad de cada persona, y a las características propias de la comunidad a la que ésta pertenece...” (p.77).

Otros/as autores/as también enuncian sus concepciones de la salud, las cuales apuntan principalmente a la integralidad del ser humano y de su salud, la cual debe incluir aspectos vinculados a: necesidades primarias, elementos inmateriales de origen psicológico (emociones y sentimientos positivos, motivaciones, creencias, capacidad de desarrollar creatividad). Así como los aspectos proporcionados por la cultura: creencias sociales y religiosas, prácticas históricamente establecidas, sentido de pertenencia a la cultura, a un país, una comunidad y grupos pares. Debe responder a las

necesidades de la población y aún más a las de sectores de menores recursos económicos (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Aldana (2008) explica que

la SM tiene un sentido dinámico en tanto se conecta con el reconocimiento de la importancia de una búsqueda permanente de sentido y armonía, de un continuo despliegue de capacidades y agencias, así como el desarrollo de la capacidad de autocuidado. Asimismo, significa desarrollar y construir vínculos de manera empática y en un clima que procese los sentimientos de confianza y desconfianza. Supone que toda persona es sujeto y no objeto de las circunstancias de otro, y en tanto sujeto tiene derechos y responsabilidades. (p.101)

Complementa que se reconoce el conflicto (interno e intersubjetivo) y demanda de la persona de ser un sujeto creativo y transformador de la realidad. Es un derecho humano y está relacionada con el desarrollo humano. Además de tener implicaciones en los niveles: individual, familiar y social (Aldana, 2008).

En relación con esta ruptura de modelos, Góis (2008) señala, en el caso de Brasil, el logro de las luchas de los movimientos sociales ecológicos y de salud de instaurar el “Sistema Único de Saúde” (SUS), a través del cual se democratiza la salud, en tanto ella se valora más que la enfermedad y la persona pasa a considerarse ciudadano/a en vez de paciente.

Ello supone ir más allá de acercar los servicios de salud a los lugares de residencia de los/as usuarios/as, reorganizar dichos servicios y formar a los/as profesionales de la salud con énfasis en la salud primaria; pues da importancia a la

participación social, siendo que la población, especialmente los movimientos de salud participan en la formulación, implementación y validación de las políticas de salud, lo cual se traduce a su vez en una toma de control social de la salud. Todo ello lleva a concebir las acciones de salud con base en una praxis de vida, liberación y ciudadanía, una praxis comunitaria que rompe con la dominación social y la destrucción del medio ambiente y apunta para un futuro ético, ciudadano y ecológico (Góis, 2008, p. 23).

Lamentablemente, los/as profesionales ubicados en estos servicios continúan desarrollando prácticas ambulatorias e individualizadas, dando cuenta que están más centrados en el modelo biomédico que en el sociopsicológico (Góis, 2008). En este sentido, la atención psicológica sin la comprensión de los códigos de la población a la que está dirigida no logra contribuir a mejorar la salud mental.

Al respecto podemos mencionar el tema del encuadre en la psicología clínica, ya mencionado en puntos precedentes, que al incorporarse sin adecuación en sectores de bajos recursos ocasiona comprensiones inadecuadas, tales como interpretar las inasistencias de un/a usuario/a a la consulta como “resistencia”, obviando las razones económicas o de inseguridad que viven estas personas; al igual que la psicoterapia a largo plazo, siendo que con esta población es recomendable emplear las técnicas de atención en crisis y psicoterapia breve, dadas las situaciones críticas que afrontan y las dificultades para asistir por períodos largos de tiempo a consulta.

Un ejemplo que permite ilustrar esta distancia simbólica que genera incompreensión, lo pude experimentar en un servicio psicológico de atención a víctimas de violencia de género, en el cual me desempeñaba como coordinadora. En este

servicio acudió a mí una usuaria que requería con urgencia una evaluación psicológica y solicitaba ser vista sin esperar a que se le asignara una cita acorde con la demanda de usuarios (porque ya había iniciado esta evaluación en otra oportunidad, pero había desistido).

La usuaria solicitó expresamente no ser asignada con el mismo psicólogo, pues argumentaba que, en su experiencia anterior en el servicio, ella venía muy angustiada esperando ser ayudada y el “doctor” se mantenía en silencio y con una actitud fría, razón por la cual decidió no continuar. Evidentemente esta actitud terapéutica está acorde con cierta población que va en búsqueda de un espacio de análisis psicoanalítico, pero no para una víctima de violencia de género cuya vida está en riesgo y solicita apoyo y contención para seguir adelante con su denuncia ante los órganos legales pertinentes.

En otro orden de ideas, Góis (2008) llama la atención en torno a que la salud mental está referida a la vida dentro de un marco más amplio, donde la salud incluye las potencialidades, las experiencias acumuladas y el “drama” social y humano de una colectividad, en sus significados y sentidos, en sus problemas y sus sueños. Por ello, entender la salud implica estar conviviendo con el pueblo y aprendiendo para construir con ellos el conocimiento sobre su propia vida y su lugar.

Desde esta perspectiva, la salud debe entenderse fundamentalmente en su sentido histórico, en tanto más que un origen natural, es de carácter histórico-cultural e ideológico. Y de esta manera, la enfermedad mental es consecuencia de las grandes

desigualdades sociales y la conformación de la pobreza, por cuanto hace que esta población viva bajo estrés crónico, como ya se explicó.

3.3. *Una Perspectiva Biocéntrica de la Salud*

Góis (2012) apunta hacia una visión ecológica y biocéntrica (centrada en la vida) que fundamenta su perspectiva Clínica-Comunitaria, cuyo énfasis está en lo positivo, concibiendo la salud como un proceso natural de expresión, integración y armonización de la vida en cada ser vivo en su hábitat físico y social, lejos de una propuesta vitalista o biologicista de la práctica médica tradicional centrada en la enfermedad.

La salud se expresa en todas las manifestaciones individuales y colectivas, donde la persona puede desarrollar su potencial en todas las esferas en las que se desenvuelve: ecológica, social, orgánica, psicológica y espiritual. Y se encuentra, en la “sabiduría de la vida”, integrada en los procesos de conciencia e historicidad de un colectivo, en una determinada organización socioideológica, que también forma un significado colectivo, un sentido personal y un sentimiento individual y colectivo. Podemos decir con claridad que la salud es un asunto de ecología y vida social, y la enfermedad un problema de ruptura ecológica y desigualdad social, generalmente practicada por el ser humano mediante una práctica cultural basada en valores anti-vida (Góis, 2012, p. 59).

El desafío es construir un sistema social equitativo que provea protección y oportunidades para todos en sus diferencias, y que cuide también de la Naturaleza. Esto

se incluyó en el Sistema Único de Salud en Brasil, que rompe con la salud elitista y se orienta al derecho por la vida y la ciudadanía promoviendo la participación social.

De esta forma, la salud está por encima de la enfermedad y el/la paciente es visto/a como ciudadano/a activo/a en la construcción de su salud y de su colectividad. Se busca la salud de toda la población y no sólo la de algunos sectores. La salud es un valor, que es diferente muchas veces para cada uno de los miembros de una comunidad, por lo cual es importante crear espacios de diálogo-vivencia-acción visualizando la construcción de una aproximación y práctica colectiva en salud.

Implica apoyar el fortalecimiento y organización comunitaria con énfasis en la prevención y promoción de salud, educación y estrategias metodológicas de participación y movilización social dirigida por los grupos de las comunidades; así como, mirar la comunidad en su fragilidad y, a la vez, en su potencial de salud y desarrollo.

Esto no significa olvidar las desigualdades sociales y la ideología de supresión y resignación, la identidad del oprimido y explotado, se trata de explicitarlas y comprenderlas en pro de la salud de la población, de su liberación y ciudadanía. Contempla la subjetividad y la complejidad de la construcción salud/enfermedad, no niega prestar atención y actuar sobre los agentes específicos “causantes” de la enfermedad (físicos, químicos, biológicos). Los incluye en una comprensión mayor de salud en la que esos factores son constituyentes de una complejidad, la cual es primordialmente socio-ideológica. Lo central es la relación indisoluble del organismo con su medio circundante.

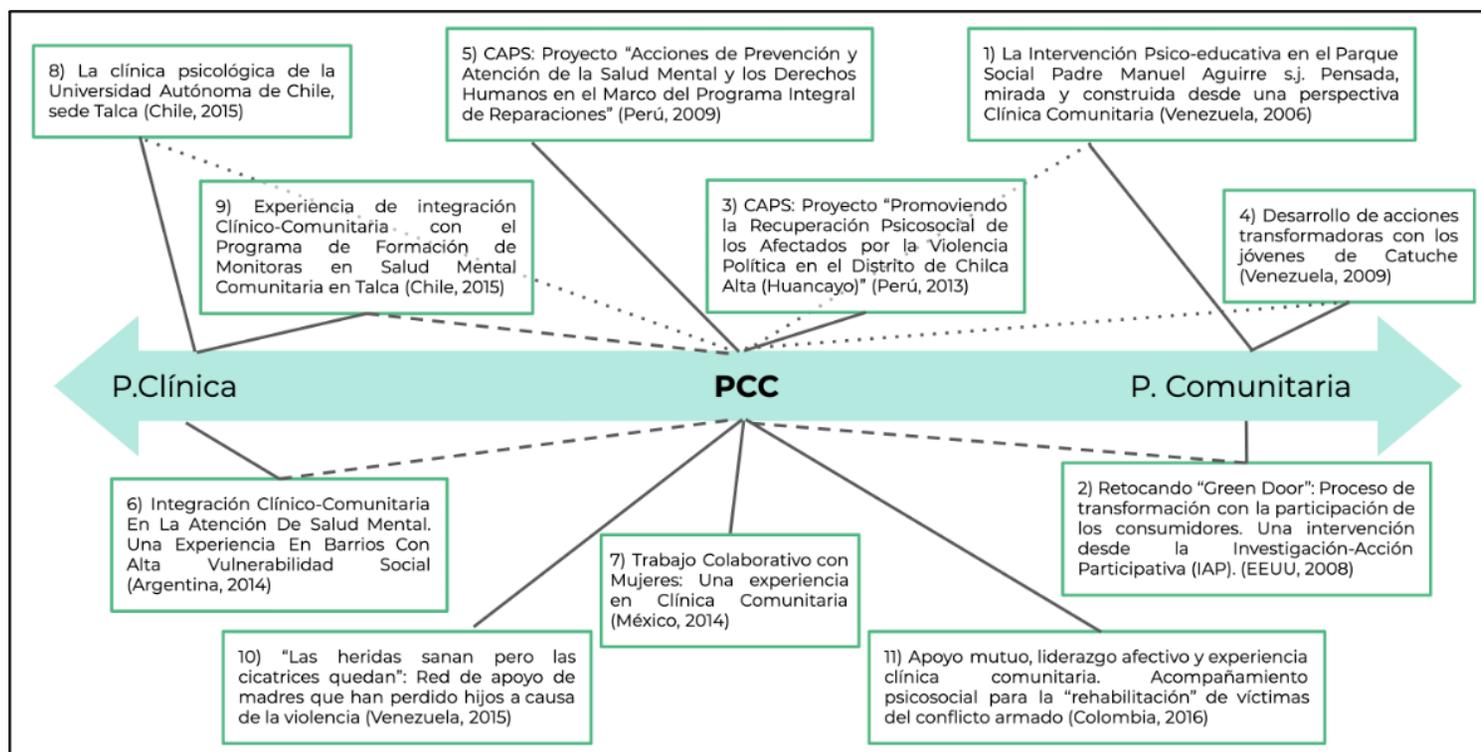
4. Experiencias desde la Psicología Clínica-Comunitaria

Son innumerables las experiencias prácticas desarrolladas en América Latina que pudieran considerarse enmarcadas o cercanas a la PCC. Consciente de su inabarcabilidad y en aras de contribuir a la sistematización en la disciplina, en este estudio incorporo aquellas experiencias publicadas y cuyos/as autores/as las inscriben explícitamente en la PCC.

El siguiente diagrama recoge once experiencias, numeradas por orden cronológico, señalando su nombre, el año de publicación y el país donde se realizó. Sus autores/as se citarán al describir cada experiencia.

Figura 1

Diagrama de experiencias y su relación con la PCC, PCl y PCo



A mi juicio, las experiencias varían en su grado de acercamiento a la PCC. En el diagrama, las líneas continuas muestran la afinidad directa de la experiencia con la PCC, la PCI o la PCo. Por su parte, las líneas discontinuas dan cuenta de una relación relativamente cercana con las disciplinas presentadas; mientras que la presencia de una línea punteada sugiere una vinculación difusa con la disciplina que corresponda.

En algunos casos es una aplicación de los principios comunitarios o clínico-comunitarios a la práctica clínica pues todavía mantienen el enfoque en la psicoterapia y en la individualidad; de lo comunitario sólo se toman en cuenta los factores contextuales en el proceso individual de terapia (experiencias 6 y 8).

En otros, sí son intervenciones que parecen surgir y desarrollarse desde lo clínico-comunitario como una disciplina en sí misma (experiencias 3, 5, 7, 9, 10, 11). Y, en algunos casos no logro encontrar el elemento que distinga una experiencia comunitaria en un espacio clínico de una experiencia clínica-comunitaria (1, 2 y 4).

Seguidamente describo, de manera general y en orden cronológico, cada experiencia, al final de lo cual aporto algunas reflexiones respecto de las mismas.

En el marco de una tesis de Postgrado de Psicología Clínica Comunitaria de la Universidad Católica Andrés Bello de Venezuela, se desarrolló una investigación que recogió y analizó una experiencia de intervención psico-educativa con enfoque clínico comunitario centrada, principalmente, en un grupo de niños y niñas del Parque Social Padre Manuel Aguirre, S.J.; aunque también se trabajó con otros/as actores/as como sus figuras significativas (padres, madres y/o representantes) y sus docentes. Todos los/as niños y niñas participantes eran usuarios/as del servicio de Psicología Escolar y,

la mayoría, residían en zonas cercanas al Parque Social Padre Manuel Aguirre, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo o bajo, y presentaban diversas problemáticas asociadas a su situación de pobreza y vulnerabilidad (Morillo, 2006).

Dada la naturaleza psico-educativa de la intervención, con los/as niños y niñas se realizaron sesiones grupales donde se buscó consolidar habilidades como la lecto-escritura y el cálculo, además de centrarse en trabajar con dificultades de aprendizaje y promover espacios y condiciones adecuadas para ello. En cuanto a los/as padres, madres, representantes y docentes, también se trabajó en sesiones, en las cuales se desarrolló un espacio para la reflexión sobre el proceso de aprendizaje de los/as niños y niñas, además de brindarles información integral sobre las dificultades de aprendizaje y sobre herramientas para acompañar el aprendizaje. Adicionalmente, se buscaba formar vínculos entre los padres y madres y el colegio y docentes (Morillo, 2006).

Los/as niños y niñas que participaron mostraron progresos en su desempeño académico y en los procesos de lecto-escritura; incorporaron conductas de monitoreo cognitivo como revisar y cuidar la calidad de sus producciones; empezaron a hacerse cargo de sí mismos y desarrollaron conductas más independientes; fueron construyendo una imagen integral de sí mismos al identificar sus fortalezas y debilidades, lo que contribuyó a una mayor tolerancia al error y a trabajar en superarlos; adquirieron habilidades para el trabajo en equipo como la escucha y el hacerse escuchar, compartir responsabilidades, entre otras; formaron relaciones más armónicas entre ellos y con otras personas fuera del espacio de las sesiones (Morillo, 2006).

Este proyecto es principalmente de carácter psicoeducativo, aunque presenta un enfoque orientado hacia lo clínico-comunitario. Acorde con ello, la investigación se guió de algunos de los principios base de la PCC, tal es el caso de la comprensión del otro como un sujeto con vivencias, saberes y un contexto cultural particular con quien se realiza un trabajo conjunto. Esto último, también podría implicar un acercamiento a una mayor horizontalidad en la interacción entre el/la profesional y la comunidad.

La intervención incluyó, además, a diversos/as actores/as (niños/as, padres y/o representantes, y docentes) para un abordaje integral y permitiendo así la participación activa de más miembros de la comunidad educativa con incidencia en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas.

No obstante, esta experiencia me genera una interrogante respecto a qué es lo que define a la PCC, si los principios o la base paradigmática, los cuales suelen estar muy alineados con los de la psicología comunitaria; o el contexto y el tipo de procesos/problemáticas que se abordan. De ser lo último, esta intervención se alejaría de un modelo clínico comunitario por centrarse en los procesos y en las dificultades de aprendizaje que corresponden a una psicología educativa.

Desde un proyecto de investigación de tesis de Postgrado de Psicología Clínica Comunitaria de la Universidad Católica Andrés Bello de Venezuela, se desarrolló una intervención con la agencia de salud mental Green Door ubicada en la ciudad de Washington DC, Estados Unidos. El investigador laboraba en esta agencia y con este proyecto buscaba crear espacios donde los/as usuarios/as de la agencia pudieran expresar su voz y compartir su experticia en temas de salud mental con el fin de

promover un mayor y mejor diálogo con la agencia respecto de los servicios brindados; lo cual requirió influir sobre la estructura de la organización para transformarla de tal manera que diera cabida a la inclusión de los/as usuarios/as y la mejora de los servicios empleados por ellos/as (Márquez, 2008).

Para la investigación e intervención se siguió una metodología cualitativa de tipo investigación-acción-participativa desde una perspectiva clínico comunitaria. La puesta en acción incluyó diversas actividades donde los/as consumidores/as pudieron incorporar su voz, su experticia y sus vivencias en relación a la salud mental. Las actividades fueron las siguientes: una exhibición de arte denominada “Art and Recovery”, una edición especial del boletín informativo “QI Newsletter”, la conformación de un grupo de consumidores/as que propusieran y planificaran eventos y un foro de participación “Consumer Participation Forum” (Márquez, 2008).

Este trabajo dejó en evidencia dos aspectos a tomar en cuenta cuando se pretenden impactar las políticas públicas o servicios de salud, el primero es la resistencia de las organizaciones a entablar relaciones de horizontalidad con los/as usuarios/as y por tanto incorporar las propuestas de estos/as. El segundo, es que, si los/as usuarios/as se fortalecen, abren espacios para el diálogo ejerciendo su rol político de hacerse escuchar y mostrar sus capacidades para visibilizarse, tal como lo hicieron estos/as usuarios/as quienes lograron expresar su conocimiento en el área de salud mental a través de la exhibición de sus obras de arte y su expresión en el boletín QI Newsletter de la agencia y en la conformación de un grupo de usuarios. Todo ello,

confrontando en muchos casos las creencias estigmatizadoras referidas a las personas con “enfermedades mentales”.

La investigación reseñada buscó incorporar un enfoque clínico-comunitario en la agencia Green Door, un espacio dirigido a la atención en Salud Mental, pero que trabaja desde la perspectiva clínica tradicional. Ante ello, esta iniciativa toma algunos elementos de la clínica-comunitaria para desarrollar la intervención.

Por ejemplo, se asumen a los/as participantes, quienes son pacientes de salud mental principalmente consumidores/as (de sustancias) en recuperación, como individuos con saberes y experiencias propias sobre salud mental que pueden compartir y con los que pueden aportar a la comunidad de Green Door. Lo anterior es consistente con la intención del investigador por trabajar desde la horizontalidad durante la intervención y con sus intentos por trasladar este principio a la práctica institucional, aunque no haya podido lograrse.

También se pueden reconocer otros elementos como la detección de necesidades que permitió ajustar las sesiones y las temáticas a los intereses y necesidades de los/as usuarios/as, y la participación, que se podría decir era el objetivo central de esta intervención, esto es, el lograr que los/as consumidores/as tuvieran voz en las decisiones de mejora sobre los servicios que reciben.

Si bien esta experiencia se lleva a cabo en un contexto/espacio de atención clínica en salud mental, el objetivo y el desarrollo del proyecto también podrían caracterizarlo como una experiencia comunitaria en un contexto clínico y no necesariamente como una experiencia clínico-comunitaria.

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) surgen en Perú en el año 1994 como respuesta a la gran afectación que dejó la violencia política y social durante el conflicto armado interno (CAI) en la población y las comunidades. En sus inicios, el CAPS buscó realizar un trabajo predominantemente clínico con enfoque psicosocial. No obstante, gradualmente, el CAPS fue ampliando los espacios de trabajo, se empezó a salir de los consultorios y se complementó la atención clínica con un trabajo desde las propias localidades de los/as afectados/as.

El CAPS participó de los procesos de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), la cual pretendía investigar y registrar crímenes y violaciones de derechos humanos durante el CAI. Tras la publicación del Informe Final de la CVR en el 2003, la labor del CAPS cobró mayor relevancia en el marco del Programa Integral de Reparaciones (PIR). Ante ello, en los siguientes años, se desarrollarían diversas intervenciones en salud mental con la población y las comunidades afectadas.

El principal proyecto que surgió en el CAPS tras el Informe Final de la CVR fue el denominado “Acciones de prevención y atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el marco del Programa Integral de Reparaciones” (2005-2008) con el objetivo de brindar una atención en Salud Mental a las personas y comunidades afectadas. El trabajo se focalizó en las zonas rurales de seis de las regiones más perjudicadas por el CAI: Huánuco, Ayacucho, Cusco, Junín, Huancavelica y Puno (Perez y Jibaja, 2009).

El proyecto contó con dos fases: “una primera en la que predominaron las intervenciones clínicas comunitarias y una segunda fase donde se ampliaron y

profundizaron las estrategias de Salud Mental Comunitaria” (Perez y Jibaja, 2009, p.17). Además, para facilitar el contacto con las comunidades, el CAPS colaboró con organismos de Derechos Humanos de las regiones, los cuales mantenían vínculos de confianza con la población. En esa línea, el CAPS buscó realizar convenios y articular diversas acciones con estos organismos, por ejemplo, mediante la conformación de equipos regionales de salud mental que serían capacitados para el trabajo comunitario enmarcado en el presente proyecto (Perez y Jibaja, 2009).

La sensibilización de la población en torno a la SM se la reconoció como una necesidad y como un proceso que se da en la interacción con su entorno y que no solo se relaciona con enfermedad. Más que la conceptualización de la SM, se incorporaron prácticas vinculadas al cuidado de la SM en la vivencia cotidiana.

La formación de los Núcleos de Salud Mental Comunitaria (NUSAME) como recursos para la prevención y promoción de la SM en comunidad, el involucramiento, compromiso y capacitación de diversos/as actores/as de la comunidad en favor de realizar acciones en torno a la SM fue lo que brindaba sostenibilidad al proyecto.

Se generaron nuevas formas de interacción entre los miembros de las comunidades con espacios de diálogo y contención que les permitió proponer iniciativas propias y complementar las ya planificadas en el proyecto. Los/as participantes lograron identificar el efecto de la violencia política en su SM y tomaron conciencia de su papel como actores/as importantes y activos en su propio proceso. El cumplimiento de metas se logró gracias al desarrollo de vínculos de confianza y respeto entre supervisores del CAPS y equipos locales.

Este proyecto representa un ejemplo de la puesta en práctica de la clínica-comunitaria desde el modelo elaborado por el CAPS. El proyecto es sensible a la cultura y la realidad particular de las comunidades, y se dedica tiempo a formar el vínculo con las personas. Además, se incluyen profesionales locales en los grupos de trabajo a modo de incorporar a los miembros de la comunidad como participantes activos en el desarrollo del proyecto. Esto permitió fortalecer las capacidades tanto individuales como colectivas de los/as profesionales locales y de los/as participantes.

Además, se trabajó en contextos, temas, procesos y población que competen a la clínica-comunitaria. El CAI y la violencia que se ejerció contra estas personas complejizó su situación de vulnerabilidad y tuvo la particularidad de generar un efecto a nivel colectivo. Por lo tanto, esta población y estas problemáticas ameritaban un abordaje que reconozca ese carácter compartido del dolor y de las secuelas en su salud mental, que es lo que proporciona la clínica-comunitaria.

En el marco de un proyecto de tesis de licenciatura, se desarrolló una propuesta de investigación-intervención dirigida a los jóvenes de tres sectores del barrio de Catuche, en Caracas, Venezuela: Portillo, La Quinta y Carlos III. Si bien se contó con una variedad de participantes, el trabajo se centró principalmente en un grupo de mujeres adolescentes y jóvenes de entre 15 y 22 años. Aunque, cabe resaltar, que también se contó con la participación de algunos/as líderes/lideresas comunitarios/as (Torres, 2009).

La investigación tuvo como objetivo desarrollar acciones transformadoras en los/as jóvenes mediante procesos reflexivos y de autoconocimiento, con el fin de

potenciar sus habilidades y facilitar su integración a la comunidad. En esa línea, el trabajo se enfocó en generar una movilización y reestructuración de la conciencia individual y colectiva. De manera específica, la investigación buscó conocer gustos y preferencias de los jóvenes, potenciar las actividades de autoconocimiento, indagar sobre los roles que cumplen en su comunidad, construir con ellos/as un espacio terapéutico e indagar en la visión de los/as líderes/lideresas comunitarios/as sobre los/as jóvenes (Torres, 2009).

En cuanto a metodología, se siguió una línea cualitativa bajo el método de investigación-acción participativa y el análisis de los resultados se realizó siguiendo el método de teoría fundamentada. Las actividades que se realizaron fueron principalmente sesiones grupales con los/as jóvenes donde se utilizaron una diversidad de técnicas para el trabajo con grupos. Asimismo, se emplearon otras técnicas para el registro de información como la observación y la bitácora de campo, que le permitieron a la investigadora registrar también su propia vivencia, sensaciones y percepciones sobre el proceso.

Las jóvenes participantes reconocieron un proceso de evolución tras las sesiones grupales, una movilización de la conciencia. Se consideró un logro que los/as participantes hayan mostrado una gran apertura a los procesos de autoconocimiento y al abordaje de diversas situaciones de su cotidianidad.

De manera similar a otras intervenciones, esta experiencia se basa en los principios de la PCC. En ese sentido, se trabajó desde la intersubjetividad y el socioconstruccionismo que implican una consideración de los/as participantes como

seres con un mundo interno propio, con vivencias y saberes particulares que no deben ser sometidos a juicios de valores y con quienes se va construyendo el espacio terapéutico en el intercambio.

Asimismo, se dedica tiempo a conocer los procesos de la comunidad al acercarse a la cotidianeidad de las personas y se mantiene una flexibilidad en el encuadre permitiendo reajustar las actividades (horarios, espacios, entre otros) acorde a necesidades de los/as participantes. Estos elementos de la intervención la alejan del modelo tradicional para acercarla al modelo de la PCC. Por último, en cuanto a metodología, se siguió un modelo de IAP que facilita el trabajo en y con la comunidad.

Tras los resultados alentadores del proyecto “Acciones de Prevención y Atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el Marco del Programa Integral de Reparaciones”, dos años después, desde el CAPS, se decidió darle continuidad al trabajo realizado con una intervención focalizada en 11 barrios del distrito de Chilca Alta en la región Junín. De modo que, entre los meses de marzo del 2010 y febrero del 2013, se ejecutó el proyecto “Promoviendo la Recuperación Psicosocial de los Afectados por la Violencia Política en el Distrito de Chilca Alta (Huancayo)” en el Perú.

El objetivo del proyecto fue disminuir las secuelas psicosociales y económicas ocasionadas por la violencia política en un grupo específico: la población desplazada. La intervención se centró en este sector poblacional porque, a pesar de ser un grupo afectado significativamente, el Estado tardó varios años en considerarlos como beneficiarios del Plan Integral de Reparaciones (PIR) (Pérez y Wurst, 2013).

En cuanto al marco metodológico, la intervención siguió la misma línea clínico-comunitaria que el proyecto anterior; sin embargo, desde el CAPS se reconoció que esta experiencia representó un nuevo reto pues su “modelo de intervención clínico-comunitaria [encontró] en este proyecto una gran oportunidad para ponerse a prueba y para enriquecerse” (CAPS, 2013, p. 5). Gracias a la diversidad de actividades y estrategias empleadas con diversos/as actores/as se lograron obtener importantes resultados orientados al desarrollo económico, social y personal de la población desplazada (Pérez y Wurst, 2013).

Las personas atendidas en los servicios individuales y grupales mejoraron su funcionamiento personal y/o familiar; en los espacios de recuperación psicosocial mejoraron su nivel de funcionamiento interpersonal y comunitario, restableciendo vínculos y relaciones de confianza. Además, las personas desplazadas mejoraron su capacidad de organización, lo que brindó facilidades para acceder al Plan Integral de Reparaciones (PIR) y a los espacios de toma de decisiones (Pérez y Wurst, 2013).

Según reporta el CAPS, este proyecto se desarrolló partiendo de su modelo clínico-comunitario, por lo tanto, se asume que mantiene las bases y principios del anterior proyecto. Aunque en el documento no se profundizó en la base clínica comunitaria de la intervención, en la descripción de las actividades se pueden encontrar varios elementos propios de este proyecto que podrían partir desde un enfoque clínico-comunitario.

Coincidente con el anterior proyecto, se mantuvo una sensibilidad hacia las comunidades y grupos con los que se trabajaba, y se buscó flexibilizar el encuadre para

adecuarse a sus necesidades. La intervención buscó el fortalecimiento de capacidades en los individuos y en las organizaciones, siendo este un elemento central en ambas experiencias desarrolladas por el CAPS. En esta experiencia también se destacaron otras características desde lo clínico-comunitario como el trabajo en redes y la interdisciplinariedad que permitieron un abordaje más integral de las problemáticas.

En la ciudad de Quilmes, provincia de Buenos Aires-Argentina, se realizó una intervención con barrios con alta vulnerabilidad social. Esta experiencia pretendió plantear una propuesta de abordaje de la salud mental desde la construcción de un modelo clínico-comunitario (Fernández Cid et al., 2014).

El proyecto buscó una integración de dos perspectivas con el fin de obtener una mirada más completa y compleja de las situaciones que se abordaban desde los espacios de intervención psicológica: la psicoterapia psicoanalítica focal de Hector Fiorini y la logoterapia de Viktor Frankl (Fernández Cid et al., 2014).

La psicoterapia psicoanalítica de Fiorini brindaba una herramienta útil para el diagnóstico y el inicio del tratamiento, mediante su propuesta de la construcción conjunta de los focos de trabajo dentro de los espacios terapéuticos con el/la paciente.

Mientras que, desde la logoterapia de Frankl se quiso trabajar en el desarrollo de una positiva orientación al sentido de la existencia, siendo esta un medio para la curación y el cierre ideal para el tratamiento. Ambas perspectivas reconocían la necesidad de comprender la situación de los sujetos y su realidad desde una postura integral y tomando en consideración el dinamismo y heterogeneidad de las personas (Fernández Cid et al., 2014).

El proyecto se centró en dos espacios con sus correspondientes estrategias de intervención. Por un lado, se aprovecharon los espacios de juego como una herramienta desde un modelo comunitario para el trabajo con niños y niñas, con algún tratamiento psicoterapéutico o aquellos que por iniciativa propia se aproximaban a la sala de juegos del Centro de Integración Comunitaria. Por otro lado, también se realizó una atención clínica psicoterapéutica, la cual fue un espacio donde se trabajó desde la articulación de las dos perspectivas mencionadas anteriormente: la psicoterapia focal de Fiorini y la logoterapia de Frankl (Fernández Cid et al., 2014).

Gracias a la modalidad de trabajo en los espacios terapéuticos se logró una fuerte adherencia a los tratamientos. El trabajo terapéutico empoderó a las personas para consolidar su existencia frente a las dificultades, lo que contribuyó de manera indirecta en la vida comunitaria del barrio (Fernández Cid et al., 2014).

En esta experiencia, la clínica comunitaria se entiende como una integración de perspectivas y metodologías desde lo clínico y desde lo comunitario. En este caso, desde lo clínico en el trabajo con la psicoterapia psicoanalítica focal de Fiorini y desde lo comunitario desde la propuesta de la logoterapia de Frankl. Se toman en consideración varios principios del enfoque comunitario y clínico-comunitario como la participación y construcción con las personas (en este caso, con los/as pacientes), y se reconoce a las personas como sujetos activos y capaces de incidir en su propio proceso.

Además, se trabaja con una población en situación de vulnerabilidad, característica que también parece acompañar las experiencias clínico-comunitarias. No

obstante, aún persiste un enfoque clínico debido a que el principal ámbito de intervención es el de una sesión psicoterapéutica con un paciente adulto o mediante el juego con los niños. A pesar de reconocer la influencia de la realidad o contexto en la persona, en estos espacios se trabaja con la individualidad.

Desde una perspectiva de promoción de la salud basada en la comunidad, se desarrolló una experiencia con bases clínica-comunitarias. La intervención se centró en un grupo de mujeres madres de una escuela primaria pública en una comunidad de nivel socioeconómico medio-bajo, ubicada en el estado de Yucatán-México. El trabajo se realizó a lo largo de un periodo de diez meses desde el primer contacto con la escuela. La propuesta se enfocó en dos objetivos centrales que surgieron de un proceso inicial de identificación de necesidades: “fomentar el apoyo social en su vida cotidiana e implementar estrategias de promoción de la salud en diferentes aspectos de la misma (lo físico, lo relacional y salud mental)” (Koh Yah y Castillo, 2014, pp. 127).

La metodología seguida fue una Investigación Acción Participativa (IAP) que contó con tres fases: la exploratoria (diagnóstico), la intervención y la evaluación. Se utilizaron estrategias y técnicas de intervención de corte participativo y se llevó a cabo una evaluación constante del avance y los logros del proyecto. Además, cabe señalar que, desde un inicio, el proyecto buscó ajustarse a las necesidades y demandas de las mujeres participantes, quienes con anterioridad habían manifestado su interés en participar de alguna actividad de corte psicológico, pero desde una postura no asistencial (Koh Yah y Castillo León, 2014).

Las mujeres que participaron reconocen que el proceso de compartir sus historias de vida y los procesos reflexivos les permitieron: cuestionarse sobre su propio bienestar; reconciliarse con algunos elementos de sí mismas que no los consideraban totalmente satisfactorios; ampliar sus límites y modificar/adaptar ciertas conductas y normas implícitas en sus vidas para así mejorar su propia calidad de vida y la calidad de sus relaciones interpersonales, comprometerse a generar cambios en su entorno: por ejemplo, mediante la creación de grupos de reflexión colaborativa entre padres y madres y tutores/as en la escuela (Koh Yah y Castillo León, 2014).

Este proyecto, al seguir una metodología de IAP, utilizada principalmente desde lo comunitario, facilitó la incorporación de varios elementos y principios base de la clínica-comunitaria. Lo primero que se destaca es que se reconoce la necesidad de salir de la clínica tradicional e individualista para trabajar desde un enfoque que reconozca la importancia del trabajo en y con las comunidades, así como el cambio en la concepción de salud mental pasando a una mirada despatologizante.

Por otra parte, a diferencia de otras experiencias, en esta se hace explícito el proceso de detección de necesidades participativo, el cual es esencial en un proyecto clínico-comunitario en la medida que permite incorporar a las mujeres en la priorización y planificación de actividades y temas para que se ajusten a aquellas necesidades identificadas. Adicionalmente, se trabajan aspectos que potencian el desarrollo de las mujeres tanto en su vida personal, como familiar y comunitaria, atendiéndolo primordialmente de una forma colaborativa.

La Universidad Autónoma de Chile creó en el año 2011 la clínica psicológica en su sede Talca con el fin de proveer atención psicológica y promover vínculos con la comunidad, mientras que, paralelamente, se impulsaba la formación académica de sus estudiantes a través de prácticas tempranas en su especialidad. Este centro buscaba fomentar una mejor calidad de vida en la comunidad mediante la prestación de servicios a personas, familias, organizaciones, además de a estudiantes o usuarios/as internos/as de la universidad.

En líneas generales, la clínica pretendía trabajar desde un modelo clínico-comunitario, manteniendo cierto énfasis en lo clínico y en el modelo biomédico. En ese sentido, se ofrecían servicios netamente clínicos como psicoterapia o evaluación psicológica, a los cuales se sumaban las acciones a nivel de intervención y evaluación desde una perspectiva clínica-comunitaria.

Como parte de las actividades de intervención de la clínica, se desarrolló un proyecto orientado a abordar la violencia intrafamiliar (VIF) con un grupo de familias desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud. Para ello, se realizó una aproximación que integraba el trabajo clínico y la perspectiva basada en la comunidad. De manera específica, para este proyecto, las estrategias de intervención tuvieron como base el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, pues permitía comprender la interacción e influencia entre la realidad familiar, social y cultural, así como el papel de los diferentes actores en la generación y perpetuación de la violencia (Gaspar, 2015).

Entre junio y noviembre del año 2014, desde la clínica se desarrolló la experiencia clínico-comunitaria “Formación de Monitoras en Salud Mental

Comunitaria” en el sector Faustino González de la ciudad de Talca, también denominado sector 5. Este programa se basaba en la propuesta de promoción de la salud basada en la comunidad y tenía como objetivo principal formar monitoras de salud mental comunitaria. Además, se contaba con los siguientes objetivos específicos: “1) desarrollar habilidades en detección de consumo y violencia intrafamiliar, 2) fomentar habilidades personales e interpersonales en base técnicas de la práctica Mindfulness, 3) potenciar la difusión de los conocimientos y habilidades adquiridas a través de la formación a la comunidad del sector 5, y 4) implementar un proyecto social en base habilidades desarrolladas en un grupo de la comunidad del sector 5” (Arellano et al., 2015, pp. 115).

La metodología del proyecto fue teórico-práctica pues mediante sesiones formativas se abordaron una serie de temáticas relevantes para la comunidad y para su labor como monitoras (salud mental, SMC, discriminación, VIF, consumo de sustancias, entre otros). Adicionalmente, a nivel comunitario se buscó desarrollar una red local comunitaria para la detección, prediagnóstico y derivación de casos o familias vulnerables. En línea con el cuarto objetivo específico y como producto final de las sesiones, las intervenciones planteadas por las participantes se llevaron a cabo en un operativo de salud mental comunitaria, que consistió en una acción conjunta donde participaron instancias públicas y privadas con influencia directa o indirecta en el territorio (Arellano, Arin y Espinoza, 2015).

Las participantes del proyecto diseñaron e implementaron cuatro intervenciones con el apoyo de una tutora, en las que aplicaron los conocimientos y

habilidades adquiridos en las sesiones. El operativo de salud mental comunitaria constituye un resultado importante de la gestión de redes debido a la participación de diversas redes públicas y privadas (Arellano, Arin y Espinoza, 2015).

La Clínica Psicológica, en su inicio, tuvo una base principalmente clínica y brindaba servicios de atención clínica; no obstante, buscó incorporar una perspectiva clínica-comunitaria en el trabajo con la población mediante sus proyectos. Esto partió desde el cambio en la concepción de la salud mental al entenderla no desde la enfermedad sino buscando promover el bienestar. También, lo clínico-comunitario se encontraba en la inclusión de procesos de detección de necesidades sentidas y en el reconocimiento de la importancia de considerar y trabajar en factores individuales y sociales para un abordaje integral. Asimismo, de manera similar a otras experiencias, se incorporó el trabajo de fortalecimiento de capacidades de las participantes para que desde ellas se gestara la transformación de su propia comunidad.

Como parte de un proyecto de tesis de licenciatura, se desarrolló una investigación-intervención con un grupo de madres víctimas secundarias de la violencia quienes habían sufrido la pérdida de su(s) hijo(s) a causa de la violencia y que pertenecían a sectores de bajos recursos de la Gran Caracas-Venezuela. En esa línea, el objetivo de la investigación fue construir una red de apoyo entre este grupo de madres que habían pasado por experiencias similares y no habían recibido un acompañamiento profesional en su proceso de duelo. De manera específica, se buscó favorecer espacios de intercambio y apoyo, comprender la vivencia de su duelo, identificar las estrategias más adecuadas para afrontar el duelo, y promover la

participación como agentes de cambio de su propia realidad (Da Silva y Martínez, 2015).

La metodología siguió una perspectiva cualitativa y se empleó el método de investigación-acción-participativa, mientras que para el análisis de los datos se utilizó el método de comparación constante. Gracias a esta base metodológica se realizaron procesos de familiarización inicial y detección de necesidad que permitieran adecuar la intervención a las características particulares de las participantes a través de un proceso continuo de evaluación y ajuste. En líneas generales, la intervención se llevó a cabo en sesiones donde se fue conformando la red de apoyo de modo que, hacia la mitad de las sesiones, se planteó la idea de hacer extensiva la convocatoria a las sesiones a más madres. Para ello, se trabajó con la Alcaldía de Sucre para la distribución de trípticos de sensibilización y folletos de invitación que den a conocer la red de apoyo (Da Silva y Martínez, 2015).

La red de apoyo se constituyó como un espacio para manejar el duelo de manera colectiva permitiendo compartir el dolor, sentirse reconocidas, escuchadas y desarrollar un sentido de pertenencia con el grupo. Desarrollaron una motivación por trabajar con otras madres víctimas secundarias, por realizar acciones orientadas a generar un cambio y por sensibilizar sobre la violencia en Venezuela (Da Silva y Martínez, 2015).

La investigación que se muestra representó una experiencia desde la clínica-comunitaria, lo que se evidencia en varios elementos. Primero, se tomaron en consideración varios principios clínico-comunitarios como la participación activa y la construcción conjunta con las participantes en el desarrollo del proyecto y en los

procesos de cambio que se buscaban. Además, se incorporó una mayor flexibilidad en el encuadre para los espacios de intervención. Segundo, en cuanto a metodología, se utilizó un método de IAP que, si bien proviene de lo comunitario (social-comunitario), es una herramienta ideal para desarrollar una intervención clínico-comunitaria sensible y acorde a las necesidades de las personas y la comunidad. También cabe destacar la labor realizada en la red de apoyo que se constituyó como un espacio terapéutico y de fortalecimiento de capacidades de las mujeres para tomar acción frente a su realidad. Y, por último, se abordaron procesos clínicos-comunitarios como el duelo y la violencia, pero comprendiendo su carácter colectivo por ser procesos que afectan a gran parte de la comunidad y de manera muy similar.

En el contexto postconflicto de Colombia, se desarrolló un proyecto a cargo de la Universidad San Buenaventura, la Alcaldía de Medellín y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en la ciudad de Medellín, orientado a formar al personal para una atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado. Esta iniciativa duró un año y medio logrando formar a 80 promotores/as psicosociales quienes realizaron el acompañamiento de alrededor de 800 personas que habían sido víctimas de la violencia (Villa Gómez et al., 2016).

Este proyecto surgió en el marco de la ley 1448 del 2011 (Ley de Víctimas) y buscaba aportar a los procesos de reparación integral en las comunidades al proporcionar espacios para la rehabilitación psicosocial. Se siguió un modelo centrado en recoger potencialidades individuales y colectivas con el fin de recuperar los proyectos de vida, fortalecer el tejido social, y recuperar la dignidad y el ámbito

socioemocional de las víctimas. Para tal fin, se empleó una metodología de la pedagogía lúdico-vivencial, la cual utiliza diversos medios (juegos, ejercicios vivenciales, reflexivos y artísticos) para generar aprendizajes a través de la experiencia (Villa Gómez et al., 2016).

La intervención se realizó tanto en un nivel directo como indirecto. Por un lado, se realizó un diplomado para formar a los/as promotores/as en una atención con visión psicosocial. Y, por otro lado, estos/as promotores/as se convirtieron en los líderes y lideresas de los grupos de apoyo mutuo (GAM) donde trabajaron directamente con las víctimas de la violencia política mediante un proceso de acompañamiento a lo largo de un año (Villa Gómez et al., 2016).

Con este proyecto se lograron transformaciones subjetivas, familiares y colectivas. Respecto de las transformaciones subjetivas, los grupos de trabajo se constituyeron como experiencias catárticas que les permitió a los/as participantes resignificar experiencias y procesar sus emociones, identificar el dolor como un proceso compartido, desculpabilizar, reconocer su capacidad de resiliencia, y recuperar su valor y dignidad sin victimización.

En cuanto a las transformaciones familiares y colectivas, los cambios personales repercutieron en una mejora en la dinámica y el entorno familiar generándose vínculos más horizontales y empáticos entre los/as participantes y sus parejas o hijos/as. A nivel comunitario, se fortalecieron los liderazgos comunitarios, además de generar conciencia sobre el papel de cada uno/a en las transformaciones

sociales que rompan con el ciclo de violencia y así reconstruir el tejido social (Villa Gómez et al., 2016).

El proyecto se autoidentifica como una experiencia clínica-comunitaria y en su desarrollo varios elementos dan cuenta de esto. Primero, en los espacios de intervención se trabajó desde la horizontalidad, respetando el proceso de cada individuo o grupo. Además, las problemáticas centrales que se abordaron tienen un matiz colectivo como la violencia política y el dolor y horror vividos a consecuencia de la misma. Todos estos procesos afectaron a las personas no solo a un nivel individual, sino también a nivel de la comunidad y por ello la importancia de su abordaje como procesos clínico-comunitarios. Asimismo, se buscaba fomentar una postura más activa en las personas frente a la violencia que persistía en la comunidad mediante el fortalecimiento de los liderazgos comunitarios, siendo esta una característica presente en diversos proyectos que se autoidentifican como clínico-comunitarios.

En líneas generales, todas las experiencias consideran una concepción de las personas como sujetos activos y participantes de sus propios procesos de recuperación o sanación y responsables de tomar acción en sus comunidades para generar cambios que apunten hacia el bienestar. Usualmente se trabaja con población en situación de vulnerabilidad y se abordan procesos y problemáticas que podrían considerarse clínicos pero que tienen un carácter colectivo o compartido por afectar a un grupo de personas o comunidades.

Del mismo modo, reflejan una transformación en la conceptualización de salud mental, desde una mirada despatologizante centrada en el bienestar, mejorar calidad de

vida y en fortalecer capacidades. Muchos, incluyen un proceso de detección de necesidades y en otros, de manera implícita, se menciona que el proyecto surge de necesidades sentidas o demandas de la propia comunidad o grupo con el que se trabaja.

Las Tablas 2, 3 y 4 muestran de manera resumida los aspectos de la PCC que son incluidos en las experiencias.

Tabla 2

Cuadro de los aspectos de la PCC en las experiencias 1, 2, 3 y 4

1) La Intervención Psico-educativa en el Parque Social Padre Manuel Aguirre S.J.: Pensada, mirada y construida desde una perspectiva CC	2)Retocando “Green Door”: Proceso de transformación con la participación de los consumidores. Una intervención desde la IAP	3) CAPS: Acciones de prevención y atención de la salud mental y los derechos humanos en el marco del PIR	4)Desarrollo de acciones transformadoras con jóvenes de Catuche: la integración a través del autoconocimiento
<ul style="list-style-type: none"> - Concepción de participantes como sujetos con cultura, vivencias, saberes y lenguaje propios. - Se buscaba una articulación y continuación cultural entre la comunidad y la escuela. - Aprendizaje cooperativo: trabajo conjunto entre individuos para alcanzar metas comunes. - Trabajo articulado con diversos actores de la comunidad (padres/representantes, docentes y colegios) que inciden en los procesos de aprendizaje de niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de necesidades y recursos con los consumidores. - Intercambio de saberes y co-construcción con la comunidad - Se reconoce a los participantes como seres con propios saberes y experiencias vinculadas a la salud mental - Participación y búsqueda de un diálogo horizontal entre los consumidores y la agencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Familiarización y desarrollo del vínculo con las comunidades. - Sensibilidad y respeto hacia la cultura y contexto local. - Participación activa de miembros de la comunidad en el proyecto. - Fortalecimiento de las capacidades psicológicas, interpersonales y organizativas de personas y grupos. - Acciones basadas en las necesidades, competencias y compromiso de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inmersión en la cotidianeidad de la comunidad para una mayor comprensión de las participantes y su contexto sociohistórico. - Trabajo basado en el socioconstruccionismo, la intersubjetividad y la práctica dialéctica - Establecimiento de espacios de confianza, libres de juicios - Flexibilidad en el encuadre de las actividades
Experiencia comunitaria en el ámbito educativo, incorpora principios de la PCC	Experiencia comunitaria en un contexto clínico, incorpora principios de la PCC	Experiencia PCC	Experiencia comunitaria - PCC

Tabla 3

Cuadro de los aspectos de la PCC en las experiencias 5, 6, 7 y 8

5) CAPS: Promoviendo la recuperación psicosocial de los afectados por la violencia política en el distrito de Chilca Alta (Huancayo)	6) La Clínica Psicológica de la Universidad Autónoma de Chile, sede Talca: Proyecto de VIF	7)Experiencia de integración Clínico-Comunitaria con el Programa de Formación de Monitoras en Salud Mental Comunitaria en Talca	8) Integración Clínico-Comunitaria En La Atención De Salud Mental. Una Experiencia En Barrios Con Alta Vulnerabilidad Social
<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje interdisciplinario - Trabajo de fortalecimiento de las personas y las organizaciones. - Trabajo interinstitucional en red para abordar problemáticas sociales. - Flexibilidad en el encuadre y un proceso de reorganización y retroalimentación constante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de salud mental en la comunidad con una orientación positiva sobre la salud mental - Identificación de necesidades y demandas como base para la práctica psicológica - Consideración de factores individuales y sociales en interacción que inciden en la salud mental y en la VIF 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de necesidades y/o recursos. - Reconoce factores psicosociales que inciden en la salud mental (reconceptualización de la salud mental). - Psicólogo/a como un agente catalizador que potencia los recursos de la comunidad para generar un cambio social. - Empoderamiento de la comunidad mediante fortalecer sus habilidades y conocimientos en salud mental comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo clínico-comunitario como la integración de dos perspectivas. - Perspectiva integral de las personas y su realidad - Participación activa y construcción conjunta con el paciente - Concepción del paciente como persona motivada a desarrollarse y perfeccionarse, con capacidad de tomar decisiones sobre su proceso de sanación - El espacio terapéutico se transforma en un lugar significativo, que compromete y responsabiliza.
Experiencia PCC	Experiencia clínica en la comunidad, se acerca a la PCC	Experiencia PCC (se menciona la SMC aunque no referido al modelo)	Experiencia clínica que incorpora ciertos principios PCC

Tabla 4

Cuadro de los aspectos de la PCC en las experiencias 9, 10 y 11

9) Trabajo Colaborativo con Mujeres: Una experiencia en Clínica Comunitaria	10) “Las heridas sanan pero las cicatrices quedan”: Red de apoyo de madres que han perdido hijos a causa de la violencia.	11) Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y experiencia clínica comunitaria. Acompañamiento psicosocial para la “rehabilitación” de víctimas del conflicto armado.
<ul style="list-style-type: none"> - Psicología clínica aplicada a contextos comunitarios. - Promoción de la salud con una mirada despatologizante - Identificación de necesidades como base para desarrollar el proyecto y para poder responder a ellas de manera directa. - Participación activa de las mujeres en todo el proceso desde la 	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de necesidades y recursos. - Abordaje de temas clínicos desde la relación entre la persona y la comunidad (duelo como un proceso colectivo y compartido). - Participación activa de las participantes en el desarrollo del proyecto. - Fortalecimiento de capacidad de agencia y de participación comunitaria. - Construcción conjunta de los espacios terapéuticos y de los cambios deseados. - Flexibilidad en el encuadre de las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto por los ritmos y la capacidad o posibilidad de expresión de cada persona. - Se asume postura crítica frente a la violencia y las injusticias que afrontaron las personas - Horizontalidad en la relación terapeuta- paciente. - Concepción de las personas como participantes activos de sus procesos personales y comunitarios. - Abordaje de la violencia política, el horror y dolor como procesos colectivos y compartidos.
Experiencia PCC	Experiencia PCC	Experiencia PCC

Las experiencias presentadas muestran el abordaje de diferentes temas y poblaciones que son susceptibles de trabajar desde la PCC, el énfasis de algunas de ellas en lo clínico o comunitario da cuenta de que las aproximaciones a lo clínico-comunitario aún se encuentran en proceso de construcción

CAPÍTULO III

Marco Metodológico: Trazando Caminos para la Investigación

Straus y Corbin (2002) plantean que la metodología es la “manera de pensar la realidad social y estudiarla” (p.3), es así como al desarrollarla debemos plantear, no sólo los métodos, técnicas y procedimientos, sino también desde donde nos aproximamos para comprender esa realidad, es decir, cómo la concebimos y nos posicionamos frente a ella; así como, qué nos motiva respecto a un tema en particular y qué capta nuestra atención como centro de la investigación. De tal manera que, en este capítulo, luego de explicitar en el planteamiento del problema los aspectos que dieron lugar a esta investigación, daré cuenta desde dónde ha sido concebida y cómo se ha desarrollado la misma.

1. Paradigma y Perspectivas que Orientan esta Tesis: Desde Dónde Me Posiciono Como Investigadora

El paradigma representa una visión del "mundo" que define, para quien lo posea la naturaleza del mundo, la posición que el individuo ocupa en él, y el tipo de relaciones posibles para ese mundo y sus componentes (Guba y Lincoln, 1994).

Tal como afirman Guba y Lincoln (2002) ningún/a investigador/a “...debe dedicarse a investigar sin tener claro exactamente cuál es el paradigma que informa y guía su acercamiento” (p.142), por lo cual, iniciaré asumiendo que la visión paradigmática que orienta este estudio está fundamentada en dos propuestas, que coinciden aunque se denominan de manera diferente: el Socioconstruccionismo crítico,

propuesto por Wiesenfeld (2001), que plantea la complementación del Construccinismo Social y la Teoría Crítica; y el Paradigma de la Construcción y Transformación Crítica, planteado por Montero (2006a), enmarcada en la Psicología Comunitaria Latinoamericana.

La necesidad de cambiar las construcciones sociales para producir cambios en la realidad, propia del construccionismo social y las ideas cuestionadoras y emancipadoras en aras de transformar la realidad social, fundantes de la teoría crítica, dan sentido a estas dos miradas paradigmáticas propuestas por las autoras mencionadas, las cuales guiarán mi trabajo. Ello tiene lugar en tanto ambas perspectivas se inclinan de manera privilegiada hacia la problematización de los modelos hegemónicos, los cuales, en su accionar, son incorporados por sectores en condiciones de desventaja social, quienes, sin cuestionarlos, los asumen como propios, naturalizando situaciones como la pobreza y el sufrimiento. Esta naturalización atenta contra las alternativas de transformación, ameritando movilizar las construcciones solidificadas ideológicamente, para dar paso a estas posibilidades de transformación.

En este sentido, para la academia se plantea un cuestionamiento en torno a la mirada clásica de aproximación a las comunidades, lo cual implicaría, desde la mirada de la PCC, reconocer, en primer lugar, las situaciones de desigualdad e injusticia social en las que vive gran parte de la población y que generan sufrimiento. A partir de allí, discutir y deconstruir las posturas hegemónicas y estigmatizadoras en torno a la salud mental y a los/as actores/as con ella relacionada; a fin de reconstruir nuevas visiones al

respecto, desde los aportes de los distintos actores/as involucrados, incluyendo aquellas voces que han sido de algún modo marginadas.

Montero (2004) propone cinco dimensiones para el Paradigma de la Construcción y Transformación Crítica, las tres dimensiones tradicionales contempladas en la definición de paradigma (ontología, epistemología y metodología) y dos adicionales: la ética y la política. Veamos a que refiere cada dimensión dentro de este paradigma:

a) Dimensión Ontológica

Esta dimensión alude a la naturaleza del ser del conocimiento. En esta ocasión, no se habla de “sujeto”, la psicología comunitaria trabaja con actores/as sociales, que construyen y transforman la realidad, pues cuentan con recursos y poder para hacerlo. El emplear la noción de actor/a social le da cabida no sólo a la idea de un ser activo en la toma de decisiones, sino que incluye su capacidad de crear, pensar y criticar mediante sus acciones dicha realidad, por lo cual es, en definitiva, poseedor de un conocimiento que debe tomarse en cuenta dentro del trabajo comunitario. Bajo este modelo, la denominación de actores/as sociales incluye tanto a los/as profesionales como a las personas de la comunidad, diferenciándose, usualmente, en su condición de ser internos o externos a la realidad comunitaria.

En el caso de esta investigación, parto de la idea que, si bien somos los/as académicos/as los/as interesados/as en desarrollar propuestas teórico-metodológicas respecto de la PCC, esta supone también una praxis, por lo cual somos diversos actores/as los convocados a esta tarea de construcción, ya sea que nos corresponda

realizar un quehacer profesional bajo esta perspectiva, participar de algún tipo de servicio vinculado, o desarrollar propuestas transformadoras asociadas a la salud mental y a la experiencia de la vida comunitaria en el marco de la PCC. Se puede vislumbrar en lo dicho que tal realidad es entendida como dinámica y cambiante, por tanto, susceptible de transformación, de igual manera en el campo académico como en la praxis.

b) Dimensión Epistemológica

Esta dimensión corresponde a la naturaleza de la producción del conocimiento en la cual sujeto y objeto no se consideran como entidades separadas sino como parte de una sola dimensión (monismo), y mantienen una relación de influencia mutua. La persona nunca es sola, es siempre yo-tu, pues nadie vive solo. Así, comunidad y psicólogos/as, son poseedores de un saber popular y científico respectivamente que, intercambian para dar lugar a la construcción de un nuevo saber producto de los anteriores. Estos actores/as sociales se transforman y construyen con la realidad día a día, la cual es de carácter histórico y relativo.

En ese proceso de intercambio se da una relación de carácter dialógico y horizontal en la cual el/la psicólogo/a deja de considerarse como un/a experto/a que tiene el poder de decidir por los otros para convertirse más bien en un/a facilitador/a. Siendo que, en esta investigación, el objeto de estudio es la PCC, si bien he asumido el rol de facilitar el diálogo para plasmar este conocimiento, formo parte de los/as agentes involucrados en la construcción, asumiendo el criterio de reflexividad, que ampliaré más adelante, para manejar esta condición de implicancia dentro de la investigación.

c) Dimensión Metodológica

Refiere al modo de lograr el conocimiento, lo cual se desarrolla a través de vías alternativas para el abordaje comunitario dando preferencia al uso de métodos cualitativos, participativos y biográficos. Estos métodos son empleados acordes con las necesidades de la realidad y son transformados en función de ésta, siendo entonces la realidad la que exige los métodos y no lo inverso. Son métodos que generan la reflexión y la crítica, transformándose al ritmo de las comunidades con las que se trabaja. En este caso, de acuerdo a la manera cómo se fue generando la investigación, se dio la incorporación de las voces de los/as diferentes actores/as buscando la mejor manera de propiciar el diálogo. En esta sección detallaré cómo se fue construyendo el diseño de investigación y las estrategias y técnicas empleadas.

d) Dimensión Ética

Esta dimensión se fundamenta en la definición, reconocimiento y lugar del Otro en la producción y acción del conocimiento, en términos de igualdad y respeto, así como en la toma de decisiones bajo una perspectiva de construcción conjunta. Ello implica la inclusión en contraposición a la exclusión, reconociendo la singularidad del Otro. En este sentido, la comunidad tiene voz propia y el derecho y deber de participar en la toma de decisiones sobre su propio destino y realidad. En este estudio, también reconoceré la voz de los/as profesionales enlazados a la PCC, en sus diferentes roles (académicos, ejercicio profesional y/o estudiantes).

Asimismo, me parece clave contemplar la dimensión del compromiso mutuo que existe entre estos/as actores/as, pues tradicionalmente, en psicología comunitaria,

se alude al compromiso del/de la profesional con la comunidad, pero no a la inversa, razón por la que introduzco como parte de la investigación el conocer el lugar de la comunidad en la PCC, así como la relación entre los/as actores/as.

Dado que esta dimensión la asumiré como un eje transversal, no incluiré un apartado específico de las consideraciones éticas, sino que dichas consideraciones las iré mencionando en el desarrollo de este trabajo en cada uno de los momentos en los que corresponda.

e) **Dimensión Política**

Lo político refiere a la ocupación y organización del espacio público por cualquier persona o grupo social, incluye la ciudadanía y la manera cómo nos relacionamos con los otros. Por ello, esta dimensión se centra en generar espacio para quienes han sido marginados. “Se trata de tener voz y hacerla oír” (Montero, 2004, p. 49).

Esto implica el respeto de derechos y cumplimiento de deberes por parte de la comunidad por lo cual el trabajo comunitario ha de generar la problematización de la realidad y la organización comunitaria acorde a sus intereses. Se trata de fomentar la desalienación y movilización de la conciencia a fin de desarrollar la participación ciudadana y la democracia, lo cual ha de lograr tener un impacto en las políticas públicas.

En esta investigación, pretendo incidir en la academia de modo que se tenga un impacto en los/as profesionales relacionados al quehacer en la práctica o en la investigación, incluyendo a aquellos en formación en el área; así como, en las personas

de las comunidades, a través de las reflexiones de los/as comprometidos/as en este proceso y en la búsqueda de estrategias que permitan incidir en las políticas públicas en las cuales la PCC pueda aportar.

Esta mirada paradigmática asumida en la investigación, se acompaña, tal como expone Wiesenfeld (2001) de “valores, ideología, sentimientos, formación académica, tipo y proveniencia de las publicaciones a las que tenemos acceso, experiencia profesional e investigativa, características y motivaciones individuales, institucionales y locales, cualidades personales” (p. 121).

Acorde con este posicionamiento paradigmático, quiero resaltar dos aspectos claves de este estudio: su carácter situado y la reflexividad. Si bien estos pueden considerarse incluidos como parte de la visión cualitativa, en el caso de esta investigación he dispuesto darle un lugar aparte, pues los valoro como ejes transversales que quiero enfatizar sobre otras características. Esta decisión obedece a que, este estudio quiere construir una mirada latinoamericana de la PCC en la cual estoy muy implicada, por lo que reconocer que es un conocimiento situado y que debe ser explicitado el proceso de reflexividad merecen un tratamiento especial o al menos diferenciado.

1.1. Conocimiento situado

Decidir en qué lugar ubicar este contenido no ha resultado sencillo, en tanto el conocimiento situado nos permite caracterizar a la PCC, que, tal como he mostrado en su surgimiento y desarrollo, ha estado vinculada a unas condiciones particulares, en un

tiempo específico, siendo el reflejo de una realidad del continente. Ante ello, este estudio está anclado en Latinoamérica y, por tanto, lo acá producido responde a este contexto y a este tiempo, a las dos décadas en las que se ha venido pensando en torno a la PCC.

Reflexiones como esta, son adecuadas en el análisis de los resultados y, en consecuencia, bien podría introducir el tema del conocimiento situado en esa parte. Sin embargo, he considerado pertinente incorporarlo en este capítulo de metodología, a fin de dar cuenta de que este trabajo es, en sí mismo, un conocimiento situado, demarcado por mi propia historia ya presentada al inicio y delineada en todo lo acá escrito. Justamente, esta visión del conocimiento ha sido la responsable, en gran medida, de las tomas de decisiones metodológicas.

Cornejo y otras (2011), señala que la Investigación Social Cualitativa “concibe la generación de conocimiento científico como una producción de significados que son situados y contextuales, y que emergen siempre a partir del encuentro con otro” (p.5). Otros/as autores/as (Balasch y Montenegro, 2003; Montenegro y Pujol, 2003; Sandoval, 2013) comparten esta visión del conocimiento situado, tomando como punto de partida a Haraway (1995), quien desarrolla esta idea desde el feminismo, afirmando que, el conocimiento siempre es parcial, contextual e histórico al construirse desde un cuerpo, un lugar y un tiempo. Para Haraway (1995):

La objetividad feminista trata de la localización limitada y el conocimiento situado, no de la trascendencia y el desdoblamiento del sujeto y objeto. [...] solo la perspectiva parcial promete una visión objetiva. Se trata de una visión

objetiva que pone en marcha, en vez de cerrar, el problema de la responsabilidad para la generatividad de todas las prácticas visuales [...] No existen o cámaras oscuras pasivas en las versiones científicas de cuerpos y máquinas, sino solamente posibilidades visuales altamente específicas, cada una de ellas con una manera parcial, activa y maravillosamente detallada de mundos que se organizan. (p. 326)

Es así como la autora juzga irresponsable al/a la científico/a incapaz de dar cuenta desde donde está planteando su conocimiento, pues, para ella, tanto el relativismo como la totalización son “trucos divinos” al constituir una “visión desde todas las posiciones y desde ningún lugar” (Haraway, 1995, p. 329). En tal sentido, la autora considera que existen versiones heterogéneas del mundo y que la ciencia ha de ser de las mejores versiones del mundo, para ello es necesario asumir un posicionamiento político y responsabilizarnos por nuestras prácticas como científicos.

Así, no es posible pensar en la imparcialidad y el conocimiento objetivo, solo se puede hablar de conocimiento objetivo si se precisan las condiciones subjetivas particulares de su producción. Los sujetos tienen una identidad y condición social específica y una vivencia particular de ellas en tanto pertenecen a comunidades también particulares, son ante todo personas no clasificables de manera genérica, todo ello repercute en la producción del conocimiento.

De acuerdo con la responsabilidad que nos adjudica Haraway, es menester declarar desde donde hablo para mostrar este conocimiento, lo cual inclusive influye en cuáles han sido los/as actores/as con los que he dialogado, tanto desde los textos como en los encuentros cara a cara. Me asumo, entonces, como una mujer

latinoamericana, formada en psicología comunitaria, con la intención de aproximarse al campo clínico. He formado parte de quienes comenzamos a plantear la PCC en Venezuela.

En la actualidad, estoy viviendo y haciendo vida personal-académico-profesional en el Perú, un contexto distinto, cuya historia en el campo de la psicología comunitaria y de la PCC es diferente del que provengo inicialmente, pero al cual ya me he integrado con mucha permeabilidad. Soy parte de dos redes latinoamericanas, una de formación en psicología comunitaria y otra en experiencias de cuidado de salud mental; el encuentro con estos/as compañeras/os me genera constantes reflexiones en torno a mi quehacer profesional y la producción científica, por lo que muchas de las ideas que colocaré acá estarán influenciadas, de algún modo, por los intercambios sostenidos con ellos/as, aunque no podría precisar estas ideas, razón por la cual es importante incluir ello en esta enunciación.

Por su parte, Grasswick (2013, como se citó en Guzmán-Cáceres, 2015), sostiene que las solidaridades políticas y las conversaciones epistémicas desde nuestros posicionamientos nos permiten llegar a acuerdos sobre algunos aspectos del mundo, sin que ello anule las diferencias de nuestras perspectivas.

Los conocimientos situados encarnan al sujeto, lo materializan y humanizan, lo convierten en un ella o él, originario de un país colonial o dependiente, de una etnia, raza, identidad sexual o condición económica particular. Las narrativas derivadas de sujetos cognoscentes situados, hacen más inteligible el conocimiento, que está enraizado en la subjetividad de quien lo produce. La epistemología de Haraway permite también, el diálogo interdisciplinario,

multicultural y decolonial, así como la deconstrucción del proceso de producción de la ciencia. (Guzmán-Cáceres, 2015, p. 43)

Continuando con la mirada que ofrece Guzmán-Cáceres (2015) respecto del conocimiento situado, la autora considera la categoría “sujetos nómades” presentada por Rossi Braidotti (2000, como se citó en Guzmán-Cáceres, 2015), en tanto estos sujetos hablan, interpretan y analizan desde un lugar particular, generando un conocimiento no universal en sí mismo, pero si capaz de dialogar desde su lugar con seres situados en otro lugar, “superando los límites y vulnerando las fronteras” (Guzmán-Cáceres, 2015, p.44).

Esta perspectiva, nos llevaría a pensarnos como “sujetos nómades”, tanto a los/as investigadores como a las personas de las comunidades con las que trabajamos, capaces de establecer conversaciones y producir conocimiento conjunto a pesar de pertenecer a diferentes contextos al interno de nuestro campo de producción y a realidades de vida distintas, aun siendo parte de espacios físicos comunes. Esto ha sido no sólo posible en este estudio sino una forma muy grata e interesante de pensarnos, pues hemos dialogado personas de distintos países y provenientes de vivencias y/o formaciones distintas y no refiero únicamente a quienes en este texto he categorizado como profesionales sino también las personas de la comunidad que se incorporaron a este proceso.

Así, “el potencial que brinda la cualidad de nómades permite transitar hacia la exploración de nuevos horizontes transdisciplinarios que, borrando los límites disciplinares, puedan integrarse en sistemas únicos y originales que desborden

inclusive las posibilidades del propio ámbito científico” (Guzmán-Cáceres, 2015, p. 44).

Para Sandoval (2013), esta perspectiva de la acción situada, supone, que los saberes y prácticas se articulan con espacios, artefactos y tradiciones propios de una forma de vida, en un trasfondo corporal e histórico en el que se dan las relaciones. Así, “el proceso de construcción de la realidad no corresponde a una acción unilateralmente humana, sino que más bien responde a un proceso de articulación e hibridación entre agencias de naturaleza material y simbólica” (p. 39).

A partir de esta idea de articulación, el conocer implica un proceso de reconstrucción siempre infinito e imposible, abierto a nuevas formas de relación entre los/as actores/as que se encuentran, enfrentan y mezclan en el proceso de investigación. Es decir, la relación entre investigador/a e investigado/a es una interacción de ida y vuelta, donde ninguno se constituye completamente al margen del otro y en donde ninguno sobrevive totalmente a la confrontación que produce el conocimiento. Solo si nos permitimos la re-definición del conocimiento como una práctica de articulación que constituye tanto al investigador/a como al investigado/a, podemos problematizar las implicancias políticas de la investigación como una práctica de subjetivación (Sandoval, 2013, p.40).

Para este autor, es a partir de esta articulación que se puede fundamentar la reflexión metodológica, incorporando la dinámica de encuentros y conflictos que se generan entre los/as distintos/as agentes que conforman la investigación de la realidad social, lo cual permite reconstruir las prácticas sociales de la misma manera en que

fueron construidas, pudiendo cambiar el lugar ocupado por algunos actores/as en un momento dado. Esta idea de Sandoval, es coincidente con la de transformación social de la psicología comunitaria en la que se movilizan y reconstituyen las relaciones de poder.

Desde la perspectiva de la investigación situada tomamos distancia de la tradición que propone que cuando investigamos debemos hacer un acto de sensibilidad por medio del cual nos separamos de nuestros prejuicios para poder ponernos en el lugar del otro [...] Por lo tanto, la alternativa no es la sensibilidad, no es el vacío existencial, o el abandono de la propia subjetividad, sino la elaboración particular e independiente de los procesos del propio investigador, el análisis de su lugar como parte de la red investigada: la alternativa es la auto-observación. (Sandoval, 2013, p. 41-42)

Entonces, se trata de una mirada distinta de la sensibilidad, que no significa que nos podemos colocar en el lugar del otro, pero sí encontrarnos o dialogar con ese otro. Ello supone asumirnos también como actores/as sociales que vivimos de una manera particular la realidad social e incorporar la desnaturalización de los aspectos propios de cada contexto, en el sentido de abrirnos al entendimiento de otras formas que en oportunidades nos resultan extrañas o al menos distintas.

Desde mi perspectiva, la sensibilidad debería plantearse de este modo, como la capacidad de escuchar otros discursos y ser capaces de ser interpelados por ellos, a fin de favorecer la construcción del conocimiento con la concurrencia de miradas diversas.

Al respecto, comparto una anécdota ocurrida en el desarrollo de esta tesis, que me permitió un viraje significativo en el proceso. Se trata, de que, debido a mi

formación, naturalicé durante más de una década que la PCC era una subdisciplina de la psicología comunitaria, y en uno de los intercambios con uno de mis colegas, cuya procedencia es la psicología clínica me cuestionó al respecto, interrogándome en torno a cómo podía fundamentar tal afirmación, pues, ¿por qué no se plantearía más bien la PCC como subdisciplina de la clínica? En ese momento, me di cuenta que jamás me hubiera propuesto esto y que ni siquiera había considerado la necesidad de justificarlo, creyendo que este era un acuerdo ya establecido por todos los que estamos en este campo. Esto me llevo a volver sobre los textos con una mirada distinta, y a repensar y reescribir muchos contenidos de este trabajo.

...el conocimiento en el quehacer investigativo se construye en el diálogo, en el que investigador e “investigado” se encuentran con toda su historia como sujetos, a través de una participación activa, en la que ambos son responsables del proceso. A partir de esto, “es importante preguntarse, ¿qué puede decir el investigador respecto de la palabra del participante? ¿Qué elementos de lo dicho en ese encuentro pueden ser de interés para la Investigación Social Cualitativa? (Cornejo et al., 2011, p. 7)

Como primera pista nos parece importante la idea de Frank (2005 como se citó en Cornejo et al., 2011), que argumenta que:

la palabra de los/as participantes no consiste en representaciones de sus vidas y las de otras personas fuera del encuentro con el/la investigador/a, sino que son actos de compromiso que estos hacen con él/ella en un contexto particular. En este sentido, el investigador no registra pasivamente, sino que instiga y provoca reflexiones en los participantes, que los llevan no solo a reportar su vida, sino

también a cambiarla [...] Es así como la palabra del sujeto participante carece de sentido si no contamos con el marco de quién la escucha. (p. 7-8)

En esta investigación la perspectiva situada nos permite dar cuenta de la PCC mirada desde un contexto particular como lo es el Latinoamericano, sin perder de vista los encuentros y distinciones existentes en cada país respecto del reconocimiento o lugar de este campo en su historia, y la vivencia de cada uno de los/as actores/as presentes dentro de este proceso.

De esta manera, el significado de la PCC estará compuesto por diversas particularidades dependiendo del lugar de cada uno de estos/as agentes: quienes son parte del mundo académico y han estado vinculados de algún modo a la PCC, sea para reconocerse como parte de ella o como foráneo; o quienes desconocen la existencia de la PCC, pero han tenido una práctica profesional similar a lo propuesto desde ella o participan como “beneficiarios” de servicios constituidos desde miradas profesionales relacionadas a ella.

1.2. La Reflexividad: Una Mirada hacia la Investigadora en su Relación con los/as Colaboradores/as y el Estudio

Tal como hemos visto en el apartado anterior el/la investigador/a es un sujeto situado, con una historia y una perspectiva conformada en un contexto particular, que condicionarán sus preguntas, formas de aproximación e interpretación en el estudio.

Ser sujeto situado significa comprender mejor ciertos fenómenos humanos que otros. El investigador situado ocupa un lugar o una posición y observa desde un ángulo particular. La ubicación no sólo es social, esto es, en las relaciones con

los otros, sino también subjetivo, en la capacidad para comprender las experiencias del otro. (De la Cuesta-Benjumea, 2003, p. 26)

Este planteamiento, a mi parecer, requiere pensar en la reflexividad, contemplando estas posiciones y puntos de vista que se adoptan al investigar. En este apartado iré revisando distintos elementos que los/as autores/as describen sobre este tema, sin embargo, no todos estos elementos serán empleados por mí, y aquellos que sí, no estrictamente, de la misma manera. De tal modo, que iré mostrando ciertos contenidos sobre el tema según las palabras de los/as autores/as e iré precisando cuáles de ellos consideraré y de qué manera.

De la Cuesta-Benjumea (2011) señala que no hay un consenso absoluto en la definición de reflexividad, pero, puede entenderse como:

...el proceso de volver hacia uno mismo para examinar críticamente el efecto que se produce en el desarrollo de la investigación [...] expresa la conciencia del investigador, habla de su conexión con la situación de la investigación. [...] es una herramienta para analizar cómo la subjetividad y la intersubjetividad influyen en el proceso de investigación. (p. 164)

Esa mirada crítica respecto de la relación del/de la investigador/a con el estudio, se da en todo el proceso e implica dar cuenta de las decisiones que se van tomando en el camino (Cornejo et al., 2011), y de los cambios que se van implementando a partir del intercambio entre el/la investigador/a y los/as participantes, lo cual amerita un diseño flexible en el que “el investigador reubica y contextualiza el proyecto inicial” (Janesick, 2000 como se citó en De la Cuesta-Benjumea, 2013, p. 25) reconociendo,

además, los aspectos subjetivos que introduce en el proceso y las limitaciones con su incidencia en la investigación, a fin de darle mayor rigor y transparencia a la misma (González Gil, 2009).

En esta investigación, concibo la reflexividad asociada directamente a la noción de sensibilidad que he señalado en el apartado anterior, es decir centrada en la posibilidad de diálogo con las ideas de otros, en donde, aunque mi trabajo aparentemente ha sido una labor solitaria por cuanto está redactado por mí y he sido yo quien he ido articulando el cómo sistematizar toda la información y las reflexiones, ninguna de estas decisiones para mí han sido en solitario.

En tal sentido, cada entrevista, cada lectura, me ha interrogado en torno a mis propias ideas y ha ido transformando y reconfigurando la investigación, permitiéndome llevar mis inquietudes a las entrevistas, lo cual logré hacer con mayor claridad, en la última fase del estudio donde tenía más cuestionamientos a algunas de mis propuestas iniciales, sin cambiar las motivaciones y el sentido del trabajo, más sí algunas de las nociones que a manera de supuestos o certeza estaban detrás de dichas propuestas. En tanto ha sido un recorrido que ha llevado varios años, ha ameritado retomar una y otra vez los pensamientos, produciendo reflexiones y cambios en mi percepción y alineación con mis comprensiones iniciales.

Así, en las últimas entrevistas me permití dialogar más en torno a tales nociones y así repensarlas y en algunos casos reformularlas. En este tránsito de la investigación, el intercambio con mi tutora, Esther Wiensfeld, ha marcado un momento también interesante para este proceso de reflexividad, ya que ella es psicóloga ambiental-

comunitaria con poco acercamiento al campo de la PCC, lo cual ha nutrido las discusiones, ampliando mi mirada, desde quien me solicita clarificar mejor ciertos aspectos que para mí están sobreentendidos.

En definitiva, la diversidad de actores/as presentes en esta tesis, ha sido la principal fuente de mi reflexividad, por ello, tal como explicaré en la presentación del análisis de resultados, mostraré esta discusión que voy teniendo con mis colaboradores/as, dejando la mayor cantidad posible de sus propias palabras, garantizando de cierta manera su presencia.

Opto por el uso de la palabra colaboradores/as para referir a las personas a quienes entrevisté, sin con ello excluir la denominación de participantes, pues en el camino de esta pesquisa he razonado que, si bien referir a participantes reconoce a las personas como implicadas en el proceso, su condición de interpelarme de manera permanente me conduce a enfatizar la coparticipación de ellos/as y, en consecuencia, asumirlos como colaboradores/as. Sin embargo, al citar o mostrar los planteamientos de algunos/as autores/as emplearé el término que ellos/as estén utilizando, respetando la manera como prefieren denominarlo.

Como lo expone González Gil (2009), “la investigación y el investigador no son dos entes separados y la neutralidad, por parte de ambas, es imposible” (p. 3), se influyen mutuamente de forma permanente. “La relación entre ambos se convierte en una especie de bucle de influencia bidireccional y de retroalimentación” (p. 3). Las experiencias, creencias, valores y formación académica previas del/de la investigador/a son parte de los llamados “filtros subjetivos” que condicionan la manera como se

concebe el estudio, su abordaje y las interpretaciones. A su vez, la investigación implica interacción con el mundo social (De la Cuesta-Benjumea, 2011), lo cual demanda que el/la investigador/a se relacione con este a partir de su ser situado.

Desde la introducción, planteamiento del problema y marco referencial voy mostrando de alguna manera estos posibles “filtros subjetivos” que se transparentan a lo largo del escrito, y en el punto de conocimiento situado dejé explicitado desde donde me posiciono. En los apartados que siguen, continuaré este proceso, en el que voy marcando postura, de acuerdo a la forma en la que voy asumiendo la investigación y mi relación con los/as colaboradores/as, incluyendo el modo en el que hago mención a sus discursos.

Ahora bien, a pesar del reconocimiento respecto de lo antes expuesto, el investigador cualitativo se enfrenta a lo que, Cornejo y otros (2011) denominan un “mandato paradójico”, debatiéndose en el ser consistente con su postura epistemológica y las exigencias de la ciencia, que no coinciden con dicha postura, para ser considerado su conocimiento como legítimo en el ámbito científico. Ello, es similar a lo que Wiesenfeld (2000) plantea en su artículo “Entre la prescripción y la acción”, el título mismo muestra este dilema del/de la investigador/a entre lo que se le exige desde la academia y su compromiso en la práctica.

Dado que el mundo de vida de los/as científicos/as se distancia del de las personas con las que se trabaja, las exigencias metodológicas creadas por los primeros generan barreras en la aproximación al mundo de las personas que se desea comprender (Kendall y Michael, 1997 en Wiesenfeld, 2000). En dicho artículo, Wiesenfeld (2000)

hace una revisión de diferentes estudios que analizan el intento por ocultar o neutralizar la presencia del/de la investigador/a, mostrando como, a pesar de que la investigación cualitativa tiene dos décadas, se mantienen las mismas dificultades respecto de la subjetividad del/de la investigador/a y su presencia en las producciones que realiza.

De la Cuesta-Benjumea (2011), afirma que en la actualidad es frecuente encontrar monografías y tesis doctorales que incluyan reportes reflexivos y, de lo contrario, se cuestiona la validez de dichos estudios. Cabría preguntarnos, si las normas de escritura de la mayoría de las revistas científicas permiten transmitir los estudios, acorde con la naturaleza de los datos, las características del estudio y el sentido que el mismo tiene para los/as participantes y la realidad, o si, más bien, se mantienen normas hegemónicas que limitan estas alternativas de producción de conocimiento. Dedicaré un espacio a presentar lo plasmado en este artículo de Wiesenfeld (2000), en tanto hace señalamientos claves para entender la subjetividad y la reflexividad en los procesos de investigación cualitativa.

En su análisis, Wiesenfeld (2000) señala como los autores (Tolman & Brydon-Miller, 1997) refieren a la horizontalidad de la relación entre investigador-informantes en la investigación cualitativa, lo cual supone respeto mutuo, valoración de las experiencias de los/as informantes y de la subjetividad del/de la investigador/a a fin de producir conocimientos de manera conjunta que aporten a la transformación de la realidad y al desarrollo teórico de la disciplina. Ello contrasta con el hecho de que no estamos en una relación simétrica, en tanto es el/la investigador/a el/la que se familiariza con el contexto de las personas y decide el rumbo de la investigación,

teniendo acceso a la vida de las personas, más allá de que negocie con ellas y haga modificaciones a su plan inicial de trabajo a partir de lo que va emergiendo en el estudio. Además, es el/la investigador/a quien recibe el reconocimiento y prestigio por sus publicaciones, a partir de la información que las personas le han brindado (Chataway, 1997; Manning, 1997; Ulichny, 1997 como se citaron en Wiesenfeld 2000).

Martínez-Salgado (2012), recupera el planteamiento de Denzin, relativo a que “los métodos no son sólo herramientas, sino formas de prácticas representativas e interpretativas”, ya que ciertos lineamientos metodológicos no consideran los temas de poder, justicia social y lo que él denomina la “política de la esperanza”. Del mismo modo, que ciertos discursos “amenazan la libertad del investigador y la apertura a una indagación más crítica” (p. 617-618).

De tal modo, aunque exista la intención de reivindicar a través del dar voz a ciertos grupos el producto final es un reporte científico. “Es decir la voz se recupera para quedar nuevamente silenciada entre los lectores de los textos científicos en los que estas experiencias se reportan y queda circunscrita al entorno de estos agentes” (Wiesenfeld, 2000, p. 8).

Wiesenfeld (2000), al referirse a la propuesta de Ulichny (1997) de que los participantes no se involucran en “la interpretación de sus propios discursos” (p.8), se pregunta si realmente estas personas quieren involucrarse en esta actividad, siendo que además suelen ser poblaciones ocupadas en atender frecuentemente necesidades básicas. A ello se suma, lo que menciona la autora de lo expuesto por Sampson (1993 como se citó en Wiesenfeld, 2000) respecto que en el análisis las citas se separan del

contexto dialógico en el que se dan; estas no se diferencian entre sí, ocultando a las personas, de quienes suele mencionarse datos genéricos (edad, género), convirtiéndose en una despoblación del sujeto (Billig, 1994 como se citó en Wiesenfeld, 2000); del mismo modo, no da cuenta del contexto y diversidad de actores/as.

Desde mi punto de vista, es innegable que las exigencias cotidianas pueden imponerse sobre otras como la de participar en el proceso de interpretación y análisis de sus discursos; sin embargo, considero, prima el que, tal vez, estas personas no son académicas y, por tanto, no les resulta motivador realizar este tipo de actividades, lo cual se evidencia incluso en profesionales no dedicados al ámbito académico.

En este estudio, por ejemplo, una buena parte de mis colaboradores/as son académicos, además interesados en lo que estoy trabajando en particular, sin embargo, no tienen previsto introducirse de forma más profunda en el desarrollo del mismo en este momento, y más bien me instan a continuar porque quisieran saber el resultado del proceso y allí poder seguir compartiendo. Este elemento del tiempo y prioridades en las que podemos estar las personas en un momento dado, no debe dejarse de lado al discurrir en torno al tema de cuanto son incorporadas o no las personas en el estudio.

Lo anterior, no desmerece, a mi modo de ver, por un lado, que conversar sobre un tema de su interés les resulte atractivo y en algunos casos lo experimentan como un reconocimiento y valoran que traduzcamos sus discursos en textos que pueden ser leídos por otros. Al menos, en otras de mis prácticas de investigación, algunas participantes con las que he trabajado solicitan que su nombre sea mencionado en el estudio para hacer evidente su voz, sobre todo en los casos donde existen situaciones

de injusticia, como es el caso de las madres que han perdido a sus hijos en situaciones violentas o cuando se trata de adolescentes, quienes suelen sentirse no escuchados y valorados. Por otro lado, no podemos obviar que es nuestra responsabilidad buscar la forma de dar el mayor protagonismo a los discursos de las personas y a su participación, acorde con las necesidades que ellas mismas manifiesten al respecto.

De este modo, es ético e importante preguntar a las personas si quisieran se coloque su nombre, en tanto solemos suponer que lo adecuado siempre es mantener la identidad de manera confidencial. Del mismo modo, las personas, aunque no escriban no significa que no se sientan comprometidas con lo que se hace y con el/la investigador/a por la relación que con él o ella han establecido, en especial cuando se trata de investigaciones en las que las personas se sienten identificadas e involucradas como ocurre en los estudios con investigación acción participativa (IAP). Y es menester estar atentas a la manera como las personas quisieran involucrarse y manifestarse.

De esta forma, “el otro ha pasado de ser una entidad pasiva de la cual el investigador experto recolecta los datos (los significados) sin contaminarlos, a un coparticipe en la construcción de una verdad participativa, única verdad posible de ser alcanzada” (Sisto, 2008, p.133).

La otra parte, presentada por algunos autores desde el artículo de Wiesenfeld (2000), corresponde a que el/la investigador/a es anulado en su subjetividad, pues en el texto, luego de mostrar el comentario del/de la informante, presenta su análisis, pero no sus reflexiones respecto de lo que lo llevó a plantear ese análisis ni el impacto que

tuvo en él/ella, lo cual puede sugerir que “el reporte de dicho análisis tiende a ocultar la reflexividad del/de la investigador/a y a subestimar su injerencia en la co-construcción de los discursos que analiza” (Leudar y Antaki, 1996 como se citó en Wiesenfeld, 2000, p. 9). Así, los cambios producidos en su vida personal y profesional permanecen en el anonimato. “Incluso en los estudios etnográficos [...] sus reportes, sobre cómo se sintieron y comportaron en la actividad de campo, estos recuentos han quedado marginados a prefacios y apartados separados” (Denzin, 1996; Richardson, 1995 como se citó en Wiesenfeld, 2000, p. 9).

En otro orden de ideas, y tal vez el menos central para mi tesis, ya que es una investigación asumida de manera particular, la reflexividad implica a todo el equipo de investigación y es un componente indispensable de la construcción de conocimiento, en tanto permite evidenciar las miradas que se tienen en torno a los/as participantes de la investigación, hacia sí mismo como investigadores/as y las condiciones en las que se genera la producción de conocimiento en torno a la realidad social. Ello incluye “analizar el sentido de la experiencia, la descripción de lo acontecido, atendiendo a una comprensión holista de la experiencia estudiada, mirando el proceso investigativo como algo co-construido, y describiendo los aportes que esto da a la investigación” (Cornejo y Salas, 2011, p. 27).

Resulta ser entonces un proceso exigente para el equipo, por lo que Montero (2006a) comenta que, usualmente en las investigaciones nos centramos en la selección de los/as participantes, pero es también importante pensar en la de los/as

investigadores/as, para garantizar que tengan los conocimientos y capacidades de escuchar y relacionarse con los otros y tener una mirada contextualizada.

En este estudio, no hay detrás formalmente un equipo de investigación, pero si personas de apoyo que han contribuido en la transcripción de las entrevistas, quienes han requerido familiarizarse con la investigación, a la vez que han aportado sus apreciaciones respecto de cómo se han sentido frente a dichas entrevistas. Ello me permitió mantenerme en un proceso permanente de interlocución y reflexión y en algunos momentos, tener acuerdos intersubjetivos respecto del análisis de las categorías, a modo de triangulación.

Esto se asemeja a lo que Cornejo y colaboradoras (2011) llaman *dispositivos de escucha*, los cuales, en el marco de los principios de la investigación cualitativa y adecuados a la marcha de cada investigación, permiten tener una escucha particular de las voces de los/as participantes y de la propia voz de los/as investigadores/as, en tanto es el instrumento para la producción del conocimiento, “para poder decir algo sobre la palabra del otro, pasamos necesariamente por nosotros mismos” (p. 7). Uno de estos dispositivos es el interanálisis, el cual se puede dar de varias maneras: la participación de una persona externa, que acompaña el proceso de análisis de datos, permitiendo observar las vivencias de la investigadora en el encuentro con los/as participantes e incorporar nuevas perspectivas, que favorece respetar la lógica del narrador fuera del modo único de verlo de la investigadora. En mi caso, adicional, a las colegas que contribuyeron en el análisis, estaría la de mi tutora, cuya vinculación externa con la PCC ha sido significativa.

Como he mencionado, la reflexividad se da en el curso de todo el proceso de investigación, debe hacerse al inicio para definir qué tipo de investigación se quiere hacer, ¿para qué y por qué?; así como, cuáles son los intereses, motivaciones, sesgos teóricos, metodológicos, políticos respecto del tema, los objetivos, la viabilidad del estudio y los efectos en las personas (Montero, 2006a), así como dilucidar posiciones sociales del investigador, sus experiencias personales y creencias académicas o políticas (Berger, 2015 como se citó en Cornejo et al., 2017).

De igual manera, al consultar la bibliografía es importante preguntarse quién escribe, su lugar en el mundo académico, relación y subjetividad con lo que investiga; de esta forma, es posible ir comprendiendo desde dónde se escriben los textos e ir asumiendo postura dentro de la propia investigación y de los textos que sean pertinentes en esta (De la Cuesta-Benjumea, 2011).

Este ha sido un ejercicio importante, que he expresado en los capítulos previos y que ha sido cubierto en el desarrollo de las monografías realizadas en el transcurso del programa doctoral, lo cual me ha permitido preguntarme acerca de asuntos relacionados con la PCC y que responden a mis propios posicionamientos y temas de interés, como es el tema del género, la salud mental y el duelo, así como el estado del arte; todas ellos si bien no están incluidas en este texto, han formado parte de mi propio análisis para asumir cierta claridad al escribirlo.

De la Cuesta-Benjumea (2011), considera que lo usual es referir a la reflexividad para la elección del estudio y la vinculación con los/as participantes, pero no tanto a la vinculada con el análisis e interpretación de datos. Cornejo y

colaboradoras (2017) coinciden al exponer que, a pesar de que esta fase es fundamental en los estudios, son pocos los textos que incorporan descripciones detalladas de sus fundamentos epistemológicos, sus procedimientos y la manera como se llegaron a los resultados que presentan.

Frente a estas limitaciones, hago el esfuerzo de explicitar estos aspectos, integrándolos en los diferentes capítulos, a fin de que sean parte de este recorrido de la investigación en distintos momentos, aunque no hago alusión directa a que esto forma parte de la reflexividad, que es lo que sí he hecho en este punto.

La *intencionalidad analítica* es otro de los contenidos que comprende la reflexividad, la cual “promueve procesos reflexivos constantes que dan al quehacer investigativo un sentido y profundidad que dotan de mayor calidad y robustez las preguntas sobre ciertos objetos de estudio y los andamiajes metodológicos que construimos para abordarlas” (Cornejo et al., 2017, p. 18).

De este modo, el análisis e interpretación están vinculado a las fases iniciales de la investigación y atravesados por lo que denominan “puesta en disposición clínica”, la cual consiste en reconocer la vinculación con la elección del tema y si se trata de una experiencia personal, y cómo influye en la aprehensión y concepción del tema de investigación (Legrand,1993 como se citó en Cornejo et al., 2017). Esta *intencionalidad analítica*, permite incorporar simultáneamente en el quehacer investigativo "un estado anímico y un compromiso activo" (Ben-ari y Enosh 2010, como se citó en Cornejo et al., 2017, p.18).

En mis relatos iniciales, se evidencia mi conexión afectiva con el tema investigado y con las poblaciones a él enlazadas, lo cual se traduce en la manera como me voy vinculando con los/as colaboradores/as, las decisiones metodológicas y el modo de realizar y presentar el análisis del conocimiento producido.

En esta línea, Cornejo y otras (2012), reseñan como algunos/as autores/as (Hubbard et al., 2001; Mauthner et al., 1998) señalan como lugar común de la investigación cualitativa la consideración de la subjetividad, por lo cual plantean que las emociones de los/as participantes y el/la investigador/a pueden incorporarse en el análisis de datos, y las condiciones bajo las que se produjeron los datos, necesariamente deben contemplarse.

En mi historia de formación, esta ha sido una preocupación que siempre me ha acompañado, lo cual me llevó a asumir mi tesis de pregrado, bajo una metodología de Investigación Acción Participativa (IAP) en una comunidad, producto del compromiso que me generó la realización de mis prácticas profesionales en este lugar, en cuyo documento de tesis incorporé mi diario de campo para permitir a quien lo leyese se insertará en mi propia experiencia y evolución de mi comprensión.

Este interés por la subjetividad de quienes investigan se hizo presente una vez más en mi tesis de maestría en la que me propuse estudiar cómo es la relación investigador-comunidad en el proceso de producción de conocimiento, abordaje que hice con la participación de mis colegas del ámbito comunitario. La actual tesis, me permite construir de la mano de colegas y personas de comunidades cómo debemos

pensar y plantear la PCC, lo cual da cuenta de una cercanía y preocupación con esto que me relaciona con el otro desde mi quehacer profesional.

En la ya mencionada tesis de maestría, que realicé en 2003, alertaba ante lo que denominé paradojas dentro de la Psicología Comunitaria Latinoamericana en torno al tema de la subjetividad en la investigación:

a) el reconocimiento de la subjetividad del investigador vs. la omisión de su experiencia en los textos, b) el reconocimiento de los miembros de la comunidad como actores sociales productores de conocimiento vs. la mención a estos actores en términos genéricos (la comunidad). Del mismo modo, las impresiones de unos y otros (investigadores y miembros de la comunidad) fuera de los espacios previstos para la investigación tampoco son reportados. (Goncalves de Freitas, 2003, p.44)

Lo hasta acá plasmado da cuenta de la importancia de la reflexividad en todo el curso de la investigación, faltaría pensar en algunas formas de hacer que este tenga lugar en dichas investigaciones y se evidencie en los reportes de las mismas. Ante ello, es importante relatar los reportes en primera persona, de manera diferencial dependiendo de la audiencia e incluir en el texto los comentarios referidos a la influencia del desarrollo en cada uno de los/as participantes, permitiendo desmitificar el procedimiento de la escritura ante los/as estudiantes y ampliar la comprensión de los/as lectores/as.

En este estudio, el ya conocido uso de la primera persona, frecuente en los trabajos cualitativos, y el dar más cabida a los relatos directos de los/as colaboradores/as son algunas de las apuestas con las que me he aventurado en este

devenir investigativo. De igual manera, introducir las condiciones (materiales, contextuales, personales y psicológicas) en las que se dio la producción del conocimiento es un recurso metodológico interesante para dar cuenta de la reflexividad.

En esta investigación, conocer la realidad de los países en torno a los reglamentos y/o leyes de salud mental, así como, su aproximación a la PCC previo y posterior al acercamiento a los/as colaboradores/as de la investigación, así como desde donde exponía cada uno de ellos/as, favoreció mi entendimiento de sus posturas, por ello explicito estos elementos en el cuadro de colaboradores/as y desarrollo el tema de la identidad disciplinar en el caso de los/as académicos/as relacionados a la PCC.

Para dar cuenta de la reflexividad, lo haré en la sucesión de todo el trabajo y no en un apartado exclusivo, dado que se va dando en todo el proceso de investigación, desde que me he planteado el tema hasta la redacción final del texto, así que iré haciendo las menciones relativas a cada momento. Sin embargo, en este apartado iniciaré asumiendo ciertos aspectos, en función de los dilemas antes mencionados por algunos/as autores/as en torno a la reflexividad y acorde con el posicionamiento paradigmático asumido, el cual ya he expuesto, a partir de lo cual reconozco mi intencionalidad en cada una de las decisiones tomadas durante la investigación, dentro de la flexibilidad que corresponde a este tipo de perspectiva.

En primera instancia, es importante señalar que, en la investigación, considero la mayor diversidad de perspectivas que puedan aportar al tema de estudio, incluyendo la de las comunidades, en este caso más que para contar una vivencia sobre una

problemática, puedan a partir de su experiencia ofrecer alternativas en el progreso de la PCC, a fin de trascender de la mirada de beneficiarios/as pasivos/as a ciudadanos/as que determinan en cuales espacios participar y la forma de hacerlo.

Ahora bien, en torno a la manera de conducir la investigación, las decisiones y caminos fueron siempre propuestos por mí, aun cuando estuvieron marcados por sugerencias directas o interpelaciones generadas en el intercambio con los/as diferentes colaboradores/as, es necesario reconocer que esto hace que mi voz sea privilegiada en el transcurso de la investigación y el texto producido.

A pesar de que, como he comentado, coloco la voz de mis colaboradores/as a la par que la mía en la mayor parte del análisis de los resultados, un reto, que no considero totalmente resuelto es el que esa voz quede silenciada en el texto, en el sentido de lo que manifiesta Wiesenfeld (2000), quedándose por decir de algún modo encerrada. En el caso de mis pares académicos e incluso los/as estudiantes, varios expresaron la necesidad de poder tener algunas claridades en torno a la PCC, lo cual podría suponer, de acuerdo a lo que han planteado repercuta en su quehacer profesional o académico, dando cuenta del componente crítico del paradigma planteado. Allí, el compromiso es difundir estos resultados para continuar el diálogo con ellos/as sobre el tema.

Con las personas de la comunidad, además de continuar espacios de diálogo y trabajo conjunto teniendo como base lo acá producido, considero correspondería llevar esta información a quienes se encargan de las políticas públicas de salud mental y quienes prestan servicios de este tipo vinculados a comunidades, a fin de hacer escuchar

su voz, lo cual será una tarea posterior a la realización de este trabajo, en la medida que sea posible. No obstante, la generación de reflexión con profesionales en ejercicio y formación llevada a cabo en este estudio puede tener un impacto en la relación con las personas y la prestación de servicios, favorable para quienes requieran participar de estos.

En todo caso, incluir la pregunta de la mejor manera de traducir la voz de los/as actores/as involucrados/as en este proceso, sería un aspecto a continuar pensando al cierre de esta investigación y en las que continúan, algunas de las cuales pueden centrarse en ello, siendo que acá ha emergido en el marco de esta reflexividad en el análisis y redacción final del texto.

Es interesante, entonces, seguir la invitación que hace Gergen (2007) al plantearse la investigación como relación, no sólo con los/as participantes sino con la audiencia, moviendo el diálogo hacia fuera del sitio al cual pertenece, en lo que acá compete lo veo en dos sentidos: fuera del ámbito académico, sobre todo hacia el diálogo con los/as encargados/as e involucrados/as en la ejecución de las políticas públicas y las personas de las comunidades y fuera de las fronteras de la PCC y la propia psicología, dada la interdisciplinariedad que requiere las problemáticas que aborda.

2. La Investigación Cualitativa como Marco Metodológico de este Estudio

La investigación cualitativa busca comprender la complejidad de los fenómenos sociales a profundidad y de manera contextualizada, otorgando riqueza interpretativa,

así como rescatando múltiples realidades subjetivas y experiencias únicas de los individuos. Por lo que, sus procedimientos no guardan una secuencia lineal (González, 2007; Hernández et al., 2010). Algunas de sus características principales son:

- **Carácter inductivo:** el conocimiento se construye a partir de la información que se va recogiendo en la vida cotidiana, lo cual cumple con la función transformadora de la psicología comunitaria (Montero, 2006a). No se busca corroborar hipótesis, es desde los datos empíricos que se plantean conceptos, análisis, interpretaciones e intelecciones (Taylor y Bogdan, 1998).
- **Enfoque holístico:** se trabaja con múltiples elementos; las personas, los contextos y los grupos son entendidos como un todo y no como variables posibles de ser discriminadas (Montero, 2006a; Taylor y Bogdan, 1998).
- **Inclusión de todas las perspectivas,** sin importar que sean convergentes o divergentes, pues todas aportan a la comprensión del fenómeno, ya que todos los escenarios y personas son semejantes y únicos a la vez, compartiendo algunos procesos sociales generales, pero manteniendo otros particulares (Taylor y Bogdan, 1998). De tal modo que, se amplían los escenarios y personas participantes en los estudios (Montero 2006a).
- **Flexibilidad en diseños de investigación:** el investigador va incorporando métodos acordes a las situaciones y a sus interacciones con otros actores/as sociales (Hernández et al., 2010; Montero 2006a; Wiesenfeld, 2001).

- **Carácter emergente:** el plan de investigación se va construyendo en el proceso de acuerdo a las particularidades del fenómeno y los/as actores/as implicados (Wiesenfeld, 2001). En este sentido, los/as investigadores/as son considerados como “artesanos”, en tanto construyen resultados no preestablecidos, que emergen de la dinámica de la realidad social (Montero, 2006a).
- **Interpretación ideográfica, multivocal y dialógica,** pues destaca y valora las particularidades de cada situación y “se erige sobre las construcciones de los actores y del investigador” (Wiesenfeld, 2001, p.143).
- **Reconocimiento de la subjetividad,** tanto del/de la investigador/a como de los/as participantes, en tanto estos/as actores/as sociales producen efectos en el contexto en que interactúan, sobre sí mismos y los otros (Taylor y Bogdan, 1998).
- **Relación interactiva entre el/la investigador/a y los/as participantes,** en la cual los resultados del proceso vivido son negociados entre ambos, de tal manera que el investigador hace una lectura e interpretación contextualizada (Denzin y Lincoln, 1994; Wiesenfeld, 2001; Montero 2006a).

En la investigación cualitativa existen diversos enfoques y métodos, pero comparten tres elementos comunes: 1) la concepción de la realidad como dinámica, contextual e histórica; 2) la comprensión de los fenómenos sociales a partir de los

significados que otorgan los propios actores/as sociales desde sus subjetividades y; 3) una aproximación de carácter naturalista destinada al descubrimiento, exploración y comprensión de los fenómenos (Cornejo et al., 2012). A mi parecer, estos tres elementos corresponden a las dimensiones ontológica, epistemológica y metodológica, de un paradigma.

La investigación cualitativa, asume la complejidad y subjetividad de la realidad por lo que la construcción de teorías implica un proceso de “simultaneidad y diálogo permanente entre las diferentes etapas del proceso, superando la linealidad entre ellas y determinando relaciones entre el que investiga y los investigados basadas en el encuentro y el diálogo” (Cornejo y Salas, 2011, p.18); siendo una co-construcción entre sujeto-realidad e investigador/a.

Una co-construcción de una “verdad común”, que implica una disposición hacia los sujetos o comunidades estudiados, en tanto el objeto (el/la investigado/a) y el/la investigador/a “coinciden constitutivamente, son sujetos constituidos en relaciones sociales [...] Consecuentemente con lo anterior, la interpretación de los fenómenos estudiados debe ser multivocal y dialógica” (Sisto, 2008, p. 122-123).

Esta investigación, en concordancia con su postura paradigmática, asumiéndola como un fenómeno complejo, histórico y contextualizado, amerita ser abordada desde la perspectiva cualitativa, ya que busca construir los contenidos constitutivos de la PCC a través del polílogo; entiendo por este último el diálogo que incluye voces distintas. De allí, que el carácter emergente propio de la investigación cualitativa, permitió ir

trazando los caminos a seguir con la conducción de los distintos actores/as que formaron parte de esta labor.

2.1. *La Analéctica como Método para la Inclusión del Otro*

A partir de la visión paradigmática antes descrita, la PCC no puede ser pensada desde la sola mirada de los/as psicólogos/as, pues es un enfoque multivocal que debe ser construido de manera colectiva para que pueda dar cuenta de la realidad como complejidad y responder a su compromiso con los sectores de menores recursos socio-económicos que representan la mayor parte de la población de Latinoamérica, los cuales se han mantenido marginados y en consecuencia su voz ha sido silenciada.

En este sentido, el método analéctico propuesto por Enrique Dussel (1996) desde la filosofía de la liberación, es una alternativa para este desafío por cuanto plantea no sólo incluir la mirada de los oprimidos sino desarrollar una praxis liberadora desde el discurso de la exterioridad, es decir desde aquellos que se han mantenido en la periferia del sistema social, excluidos, por ejemplo, de la toma de decisiones en torno a sus condiciones de vida y su salud mental, por hacer mención sólo a dos temas dada la importancia que tienen para esta investigación. Existiendo condiciones que potencian la exclusión como el ser latinoamericano, mujer, indígena, entre otras categorías.

En este mismo orden de ideas, me atrevo a pensar que los pcc, podemos constituir también ese OTRO, en un sentido amplio, al ubicarnos en el no lugar de la ciencia y la psicología, al plantear modos de hacer y conocer distintos a las formas

hegemónicas de la psicología, lo cual abre la posibilidad de un posicionamiento político, que puede propiciar un poliálogo entre diferentes actores/as, favoreciendo el encuentro entre los “dis-tintos”, tal como lo propone la analéctica.

Por las razones anteriores, la analéctica resulta ser pertinente para hacer un abordaje como el que acá me propuse, lo cual es una apuesta arriesgada en tanto que, si bien pudiera asumirse como una postura paradigmática, en mi investigación la apropiare como método, como es denominado por el propio Dussel. Este método orientará la ruta de investigación y la producción de conocimientos, en tanto:

El monólogo se hace polifonía. Las voces del silencio exigen ser escuchadas y aquellos de los que se decía que decían, comienzan a decir por sí mismos. ¿Cómo ocurre esto? En primer lugar, porque ya venían diciendo y en segundo, porque quienes venían investigando venían también oyendo. ¿Por qué reducir las voces entonces? ¿Por qué si se quiere trabajar para “la gente”, no se la escucha? ¿Por qué no trabajar con la gente? (Montero, 2002, p. 7)

Dussel (1996) plantea que el método analéctico contempla las siguientes categorías, las cuales iré relacionando con la manera como las incluyo en esta inmersión:

a) Proximidad

Se refiere a la aproximación en la fraternidad más allá del sentido utilitario, es decir es acercarse a un alguien que puede esperarnos o rechazarnos. Ese acortar distancias es lo que considera la praxis. Se trata de un encuentro auténtico que reconoce al otro desde su condición y ello es lo que genera la responsabilidad con ese otro. La

incorporación respetuosa desde actores/as diversos/as da cuenta de ello, en especial las personas de la comunidad que no se posicionan desde el lado de la PCC como una construcción teórico-metodológica, así como los que desde la misma psicología estamos ubicados desde lugares diferentes al referir a la PCC.

b) Totalidad

Es hablar del mundo, el cual a diferencia de lo que sería el cosmos es el conjunto de entes (reales, posibles o imaginarios) con sentido, es decir que están determinados por la relación con el ser humano, quien es el centro del mundo a partir del cual los entes se organizan desde los más próximos hasta los más lejanos, estos últimos son los entes periféricos quienes se constituirán en ese otro diferente a la totalidad. Por lo planteado líneas más arriba, pienso que los/as colaboradores/as de este estudio y los vinculados a la PCC podemos ser estos “entes periféricos”, y la totalidad está constituida por las directrices hegemónicas de la ciencia y la práctica psicológica.

c) Mediaciones

Cuando las cosas adquieren un sentido y valoración para el ser humano se convierten en mediaciones y ello es posible gracias a la lejanía de la proximidad (Ser Humano-Ser Humano) que da cabida a la cercanía de la proxemia (Ser Humano-Naturaleza). En este sentido, el/la científico/a cree no ser ingenuo, pero lo es de la misma manera y ello es más peligroso por cuanto ofrece los elementos para que el poder del centro se ejerza sobre la periferia.

De todas maneras, en su momento, habrá que poner en cuestión la ingenuidad (con respecto al sistema como totalidad) de los científicos y descubrir una

crítica más crítica (con respecto a la cotidianeidad del hombre de la calle) que la científica. (Dussel, 1996, p. 48)

La aproximación crítica de este estudio busca reconocer esta ingenuidad, lo cual no significa que sea lograda, pues es complicado desligarnos de estos lugares de poder fundamentados en la totalidad excluyendo a la periferia, implicados en nuestro propio lenguaje académico y formatos propios de nuestros trabajos.

d) Exterioridad

Refiere al ámbito desde el cual el otro se revela como otro desde su condición libre e incondicionado por mi sistema y no como parte de mi mundo. Aparece como alguien que interpela, provoca, resiste a la totalización. Interpela desde lo distinto, como lo no habitual o cotidiano, fuera de la norma. “No es algo: es alguien”. Tiene historia, biografía, libertad, alguien con derechos. Pero es “historia de un pueblo antes que biografía singular [...] es rostro de un sexo, una generación, una clase social [...] Sin exterioridad no hay libertad ni persona” (Dussel, 1996, p. 60-61).

Esta lógica de la exterioridad o alteridad establece un discurso desde la libertad del otro, desde la distinción y convergencia, y no desde la identidad o fundamento de la diferencia, la cosificación, la alienación como se plantea desde el discurso de la lógica de la totalidad. Aceptar la palabra de ese otro solo puede hacerse desde la fe, pues se acepta porque detrás de ella está la realidad de ese otro, no porque existe algún criterio de verificación de su contenido. Así, “El que sea capaz de descubrir donde se encuentra el otro, el pobre, podrá, desde él, efectuar el diagnóstico de la patología del Estado” (Dussel, 1996, p. 59).

La propuesta de la reflexividad y poliálogo de esta tesis va en la búsqueda de la interpelación constante, para tener lugar tanto en la ruta de la investigación como en la construcción de los conocimientos.

e) Alienación

El otro en tanto aparece como diferente (en realidad es distinto) es señalado por el sistema como el enemigo porque representa un peligro para la unidad de “el mismo”, del Ser, por ello es anulado, aniquilado. Esta negación del otro como alteridad es alienación, es hacerle perder su ser para incorporarlo como ser de otro. Se trata entonces de totalizar la exterioridad. Así, el dominador, de manera sistemática, se apropia del producto del trabajo del otro oprimido, lo cual se constituye en un modo de producción injusto. Ahora bien, ese otro dominado al no poder revelarse genera un resentimiento que introyecta de manera autorrepresiva, mostrando paciencia, obediencia, disciplina, fidelidad.

Se trata de reconocer esta alienación a través de la problematización de ciertas nociones o modos de hacer en esta investigación.

f) Liberación

La conciencia moral es la aplicación de los principios del sistema a una decisión concreta. Mientras que la conciencia ética es la capacidad que se tiene de escuchar la voz del otro, quien puede cuestionar los principios morales del sistema. Las condiciones para escuchar la voz del otro son: no creer en el sistema o descubrir su fetichismo y respetar al otro como otro, dejarlo ser como distinto, lo cual es el punto de partida de la justicia.

Igualmente es necesario responsabilizarse por el otro, tomar a cargo al pobre que se encuentra en su exterioridad ante el sistema. Quien oye la protesta del otro es conmovido en la centralidad de su mundo, es descentrado. Quien posee la pulsión de la alteridad se transforma en principio activo de la destrucción del orden antiguo, lo cual da paso al nacimiento de lo nuevo. La praxis de la liberación es la procreación del nuevo orden social más justo lo cual implica una nueva estructura de funciones y entes que la componen.

La liberación se constituye en el amor al otro como otro, no desde la compasión y simpatía sino desde la conmiseración, no como oprimido sino como sujeto de la exterioridad. Es crítica real del sistema, es recreación desde la revelación de la exterioridad.

Si bien, este estudio no alcanza la liberación, sí se fundamenta en esta consideración ética de cada uno/a de los/as colaboradores/as inmersos en el mismo y de la escucha de las distintas voces.

Para llegar a la determinación del método analéctico, Dusell (1996) presenta el proceso de su discurso crítico desde la ciencia hasta la filosofía de la liberación, tal como mostraré a continuación:

a) Ciencias

La interpretación científica es crítica respecto de la interpretación cotidiana de la calle, por cuanto se considera más precisa y explicativa. Se centra en el porqué del hecho y no del hecho en sí mismo, para lo cual tiene como punto de partida la interpretación del sentido cotidiano que luego es contrastada con la teoría.

En este trabajo, se busca dar una mirada alternativa de una forma de hacer psicología como es la PCC, incorporando las visiones distintas de los/as actores/as, la teoría aparece como una más de estas visiones y no cómo la voz de poder con la cual todas las demás se contrastan.

b) Dialéctica negativa

La dialéctica es un método más que científico por cuanto permite argumentar los principios de la ciencia a partir de las opiniones cotidianas. La categoría propia de la dialéctica es la totalidad y su principio al igual que la ciencia es la identidad y la diferencia. No obstante, puede pensar la naturaleza como un momento de la historia del mundo, por tanto, puede cuestionar la totalidad de la ciencia. La dialéctica “negativa” será entonces, el método que surge de la negación de lo negado en la totalidad, de allí que su limitación está en que es en la misma totalidad en la que se encuentra su movilidad crítica.

En este sentido, he considerado las coincidencias o no en el discurso de los/as actores/as, como una manera de organizar la información, pero no pensado desde el contraste sino desde el intento de incluir lo distinto, a la par que la crítica o problematización de aquello que ratifica la totalidad, sin suponer que esta es la “verdad” o que en esta investigación logro salir de la totalidad, lo que sí queda claro es el reconocerlo y buscar alternativas a ello. Por esto, muestro las voces en diálogo más que definiendo un elemento unificador que da cuenta de cada tema o categoría y mis análisis los concibo como uno más de los discursos en relación, al menos en el capítulo de construcción colectiva donde se plasman los resultados y análisis.

c) Momento analéctico

“Analéctico quiere indicar el hecho real humano por el que todo hombre, todo grupo o pueblo, se sitúa “más allá” (anó-) del horizonte de la totalidad. La dialéctica negativa no es ya suficiente” (Dussel, 1996, p. 186). La categoría propia de la analéctica es la exterioridad del otro y su principio la distinción, no la separación y la identidad. Este método atraviesa la siguiente secuencia:

- a. La totalidad es cuestionada por la interpelación del otro.
- b. “Saber escuchar su palabra es tener conciencia ética” (Dussel, 1996, p.187), aceptarla simplemente por respeto a su persona.
- c. “[...] lanzarse a la praxis por el oprimido”, para cumplir los requerimientos de su protesta (Dussel, 1996, p.187).

Así, el momento analéctico es crítico y, sin negar a la dialéctica, la supera como método. Es afirmación de la exterioridad más allá de la negación del sistema y superación de la totalidad desde la trascendentalidad de la exterioridad (el que no estuvo nunca dentro). Ello implica realizar lo nuevo, lo imprevisible, lo revolucionario nunca pensado para la totalidad. Todos los aspectos metodológicos que siguen quedan definidos desde este momento.

Todo lo que he venido describiendo antes, representan los esfuerzos de la aplicación de este método en este desarrollo, desde la crítica a la totalidad, pasando por la inclusión de la voz del otro (en la cual me incluyo de algún modo) y la “protesta” representada en vías alternativas. A este nivel llega esta tesis dentro de este modo, pues

los siguientes momentos son posteriores a este proceso, que culmina temporalmente con un texto escrito.

d) Práctica

Teniendo como punto de partida una opción ética y una praxis histórica concreta, la dialéctica en su sentido positivo o la “anadialéctica” (quiere decir, ir más allá de la dialéctica) permite la apertura a otros métodos no científicos y no teóricos. El método práctico es el de la política, entendida como el saber actuar en el nivel de las decisiones públicas, como la responsabilidad del ciudadano o la profesión del político.

En el caso de esta tesis, esto sería un paso posterior, aunque pretende aportar en ese sentido, suponiendo la producción desde el marco académico como un dispositivo para ello.

El momento esencial de la decisión práctica es el de la liberación. La elección de la estrategia a ejecutar implicaría éticamente varias condiciones: tener un “buen ojo clínico” de la situación; uso cuidadoso de la memoria (historia, experiencias pasadas); disciplina para saber plegarse a dicha situación; rapidez para encontrar la solución imprevista; sentido realista; perspicacia para prever los medios necesarios en el futuro; no perder detalles; saber desconfiar. La ejecución de lo decidido se evalúa y se vuelca sobre la situación para corroborar el sistema o gestar un nuevo orden.

e) Poietica

La poíesis (del griego creatividad) tiene como punto de partida el ser natural o material, pero semánticamente refiere a artefactos o al mundo cultural. Desde la cotidianidad es que se hace factible diseñar un caso posible que es confrontado con la

situación a fin de definir el problema. A partir de la confrontación con los criterios proyectuales se establecen las hipótesis alternativas y la posibilidad de producir un proyecto y su respectiva evaluación. Una vez cerrado el proceso, las conclusiones se incorporan en los criterios proyectuales y ello modifica las condiciones. Si ha sido requerimiento de la exterioridad se genera una nueva cultura al servicio del oprimido.

f) Ciencias del Ser Humano

Toda ciencia cuyo objeto no son los entes naturales sino seres humanos, que son históricos y culturales, debe incluir la libertad como una realidad y por tanto su punto de partida es un hecho ambiguo. Sus categorías esenciales son las de la totalidad o estructura social, exterioridad (pasivamente) y liberación (operativamente). “Su principio es el de la co-implicancia estructural pero igualmente el de analogía en la descripción de nuevos órdenes históricos práctico-poiéticos” (Dussel, 1996, p. 194).

De esta manera, las ciencias humanas y sociales no pueden seguir el método de las ciencias fácticas, pues debe tener como componente la opción ético-política. Su método debe incluir el momento dialéctico para poder situar cada hecho en su contexto y el momento analéctico para detectar las interpelaciones que hace el oprimido desde la exterioridad.

g) Métodos Ideológicos

La cultura del centro nos ha acostumbrado a una oposición entre ideología y ciencia, pero todo método y ciencia pueden ser ideológicos. De hecho, la función ideológica es la relación del significante como justificación de la praxis dominante. La

ciencia y la tecnología son necesarias para la liberación de la periferia, pero los/as científicistas y los/as tecnologistas son ideológicos.

h) Métodos críticos

El/la científico/a con conciencia ético-política, puede dar cuenta responsable de sus actos. Esa conciencia crítica lo hace no ser científicista, pero ello no significa que la ciencia sea crítica. En las ciencias humanas y sociales la criticidad es intrínseca al objeto del método. Si se toma la totalidad dialéctica como último horizonte, la crítica afirma el proyecto del sistema; si se parte, en cambio, de la interpretación de justicia de la exterioridad se cuestiona la totalidad funcional en pro de la construcción de un nuevo orden. Sólo los métodos críticos, los cuales se constituyen en un proceso anadialéctico son los aptos para investigar en favor de las naciones periféricas.

Dentro de estos métodos críticos podemos incluir los que Montero (2012) propone como métodos para la conciencia desde la PC, los cuales considera necesarios para lograr una verdadera democracia, ya que es la conciencia la que nos permite darnos cuenta de los derechos y de su ausencia. Entre los métodos para la conciencia a los que se refiere esta autora están la deshabitación, la desnaturalización, la desideologización, la desalienación y la historicidad.

i) Filosofía de la liberación

La filosofía de la liberación pretende asumir desde una actitud creadora, pero no ecléctica, la política, la historia y la teoría; [...] como pivote central al hombre como libertad, como exterioridad, como persona, como oprimido. Se propone filosofar desde la periferia, pero eso no es posible desde el discurso del

centro, debe hacerse desde un discurso con otro punto de partida, otros temas y otras conclusiones, así como con métodos distintos. Es necesario repensar lo hecho hasta ahora. (Dussel, 1996, p. 200)

En el caso de la PCC, la comprensión de la periferia en el sentido macro (lo social, económico y político) nos ofrece la contextualización de nuestro entorno y en particular el mundo de vida de las comunidades, pero debemos enfocarnos en la externalidad del sistema de salud y los enfoques psicológicos para construir un modelo para la disciplina, no pensado desde la totalidad de la psicología como ciencia, sino desde quienes constituyen ese otro no escuchado e incluido como lo han sido los beneficiarios de los servicios de psicología, sus familiares y sus comunidades. Tal como expone Montero (2012):

En cuanto a la salud se requiere, romper con la hegemonía del modelo médico tradicional, que privilegiaba la enfermedad como centro de la atención y que hacía de las personas, pacientes en situación de dependencia terapéutica. La base está en una ontología en la cual el ser reside en las relaciones y por lo tanto felicidad y salud no son el producto de actos egoístas, se construyen con los Otros y son parte del dominio que tenemos del espacio público que nos pertenece y en el cual vivimos, es decir, de nuestra condición política. (p.134)

2.2. *Diseño Emergente y Ruta de la Investigación. La “Trastienda Investigativa”*

En congruencia con el paradigma y el método empleado decidí emplear el diseño emergente (Lincoln y Guba, 1985), el cual me permitía la libertad para tomar las decisiones respecto del modo de organizar el trabajo de campo de la investigación, el muestreo y el análisis de la información, posibilitando incluir diversos elementos,

más allá de tener que circunscribirme a un único diseño que no correspondía con los objetivos del estudio.

Considerar la estrategia de la "trastienda investigativa" (Wainerman y Sautu, 2001 como se citó en Cornejo et al., 2012), me permitió complementar el diseño emergente, al colocar el énfasis no solo en los resultados de la investigación, sino en la manera en que cómo esta se realizó. En este sentido, intentaré mostrar todo aquello que sea posible del proceso de investigación desde mi propia reflexividad, asumiendo mi carácter de agencia e implicación.

El punto de partida, ha sido el reconocimiento de la simultaneidad y circularidad de las etapas metodológicas (Cornejo y Salas, 2011), en función del carácter intersubjetivo de este proceso en los que los/as diferentes actores/as junto a sus contextos van transformando el estudio, y en la que la investigadora asume el calificativo de *bricoleur* empleado por Denzin y Lincoln (1994) para referir a pesquisar como un acto creativo, por cuanto esta es quien selecciona los materiales y crea el proyecto, del cual se convierte en actor/a e instrumento de la indagación a través de la reflexividad, en la medida que va tomando decisiones para construir el diseño de dicha investigación (De la Cuesta-Benjumea, 2003).

El carácter emergente de esta investigación ha permitido ir explorando las rutas tanto para precisar los contextos y los/as actores/as conectados a iniciativas y producciones en el campo de la PCC, las estrategias de recolección de información a emplear acorde con estos contextos y actores/as y la manera de analizar y organizar la producción del conocimiento. Tales rutas, se han ido construyendo de acuerdo a las

líneas que iban mostrando los propios hallazgos y a la par con mi recorrido profesional y personal (esta parte de la ruta, fue presentada al inicio del planteamiento del problema, a fin de contextualizar a los lectores).

La idea inicial de la tesis, estuvo planteada en Venezuela, por razones de acceso a los/as posibles participantes para el estudio. Sin embargo, una vez iniciada formalmente la investigación, tuve acceso a un texto producido en el Perú sobre intervención clínica-comunitaria, en la que participaban colegas de la Red Latinoamericana de Formación en Psicología Comunitaria, a la cual pertenecía y pertenezco. A partir de allí, se abrió la posibilidad de realizar dos de mis prácticas doctorales en este país y el acceso a los/as profesionales cercanos al campo de la PCC para poder entrevistarlos/as. Ello condujo a que tuviera una oferta laboral y emigrara al Perú y desde acá he podido estar conectada a experiencias relacionadas al campo. Esta es la razón por la cual la mayor parte de los/as involucrados/as en este trabajo son de Perú y Venezuela.

Posteriormente, en esta misma contingencia, a través de la Red mencionada, pude precisar con una colega de México su acercamiento a la PCC, desprendiéndose la alternativa de una práctica en ese país, la posibilidad de entrevistarla y conocer alguna publicación que habían hecho en el área. Entonces, de manera paradójica, mis primeras entrevistas fueron en Perú y México y no Venezuela, teniendo la posibilidad de incluir miradas de otros contextos al estudio.

En la misma línea paradójica, Fortaleza-Brasil, siempre fue pensado como un destino para una práctica y recolección de información de campo, por el peso que tiene

en ser pionero en el área en América Latina y tener el texto tal vez más completo sobre PCC; sin embargo, por razones diversas, el acceso no fue posible para estas actividades por lo cual de este contexto ha quedado incluida la producción de conocimiento escrita.

Por otro lado, en el Perú, desde 2014, se ha generado una reforma en el sistema de salud, que ha derivado en una Ley de Salud Mental, que dispone que esta debe ser concebida y atendida desde una perspectiva comunitaria y para ello, debe ponerse en práctica desde los Centros de Salud Mental Comunitaria, que suman hasta la fecha 201. La academia ha acompañado, de cierta manera, esta reforma, razón por la cual me he involucrado con representantes del movimiento de Salud Mental Comunitaria latinoamericana en distintos eventos, reconociendo, entonces, la necesidad de incluir esta óptica en la investigación para entender las relaciones de este movimiento con la PCC, línea que no estaba planteada antes en la exploración.

En estos encuentros, comencé a escuchar que en una universidad de Chile algunos/as profesionales mencionaban la Clinitaria, lo que me llevó a ponerme en contacto con un docente de dicha universidad para indagar acerca de ello. De tal manera, estos dos acercamientos me llevaron a incorporar estos dos campos cercanos a la PCC que, sin lugar a dudas, aportaron una ruta más a la investigación.

Por otro lado, siendo que, el punto de partida de la investigación se dio en un espacio de formación en Venezuela, la Especialización de Psicología Clínica-Comunitaria, y se nutrió de manera similar en la Maestría en Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú (en la que hay una línea de investigación

en SMC que se incorpora en distintos cursos), la construcción del conocimiento requirió la visión de estudiantes y egresados/as de ambos postgrados.

Por su parte, la voz de las personas de la comunidad, esencial para dar cuenta de una mirada comunitaria la he recogido en la localidad en la que se ha desarrollado el trabajo clínico-comunitario desde el postgrado de PCC de la UCAB, porque en ella tenían lugar las prácticas de los estudiantes, siendo el único servicio que conozco que funciona bajo esta perspectiva específicamente.

A estas voces de la comunidad, se suma que un taller realizado con estudiantes de la PUCP, en Ayacucho-Perú, estuvo antecedido por un acercamiento de los/as cursantes a comunidades para indagar acerca de la definición de salud mental, las necesidades de sus comunidades al respecto y sus consideraciones en torno a los servicios en esta área, de modo que los/as estudiantes en este taller no sólo hablaron desde su perspectiva, sino que trajeron lo que encontraron en las conversaciones con las personas de las comunidades.

En resumen, este diseño emergente ha tenido como eje central aquellos contextos y/o profesionales que en sus escritos han explicitado la PCC como objeto de producción o perspectiva de trabajo. No obstante, la única voz importante no es aquella que está en los textos académicos por lo cual se han incorporado actores/as que no han realizado tal producción, así como aquellas miradas que, hablando desde un lugar similar, pero no autodefinido como clínico-comunitario, han dado sentido a la comprensión del proceso.

2.3. *Los/as Colaboradores/as del Estudio: Diversidad de Miradas y Contextos*

La selección de los/as informantes en la investigación cualitativa se realiza, usualmente, de manera intencional (Lincoln y Guba, 1985; Wiesenfeld, 2001). Esto consiste en realizar la elección de dichos informantes de acuerdo con un propósito particular vinculado con el problema de investigación, sus objetivos y basamentos teóricos. Al respecto, Taylor y Bogdan (1998) dicen que no es importante el número de personas sino el potencial de éstas para ayudar al investigador en su comprensión.

Como expone Martínez-Salgado (2012), los/as participantes son cuidadosa e intencionalmente seleccionados por la profundidad y detalle de información que pueden brindar a la investigación para poder comprender la complejidad de lo que se estudia, considerando el lugar que dichos participantes ocupan en su contexto (social, histórico, cultural), lo cual se constituye como una forma de rigor de la aproximación. Wiesenfeld (2001) se refiere a selección intencional primaria por cuanto son personas que cuentan con “el conocimiento y la experiencia requeridos para la investigación” (p. 152), lo cual permite maximizar la información sin pretender la generalización.

En este estudio, emplee, la selección intencional primaria y el muestro por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017), para incluir diferentes tipos de participantes (profesionales académicos/as, en ejercicio y/o formación y personas de comunidades, entre ellas una lideresa comunitaria que era promotora de salud), a los cuales fui teniendo acceso y quienes decidieron incorporarse de manera voluntaria, siendo que algunos/as, se propusieron a sí mismos/as como colaboradores/as potenciales del

estudio, mostrando que conocían el tema y/o sugiriendo a otras personas, dando lugar a la técnica de “bola de nieve” (Taylor y Bogdan, 1998).

A ello, se adicionó el muestreo teórico, en tanto durante la recolección y análisis de la información se fueron precisando nuevos/as actores/as que permitían introducir otras miradas a la comprensión del objeto de estudio. El muestreo teórico tiene como “propósito acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones” (Strauss y Corbin, 2002, p. 219).

Este muestreo me permitió, adicionalmente, centrar el tipo de conocimiento y experiencia que cada tipo de actor/a (académicos/as, profesionales en ejercicio, profesionales en formación y personas de la comunidad) podía aportar acorde a su forma de participar o involucrarse con la PCC.

Así, tal como explique en el punto precedente, la ruta de la investigación, fue requiriendo nuevos/as actores/as o prescindir de otros/as, en tal sentido, la propuesta en el proyecto de investigación, era que fueran personas conectados de alguna manera al campo de la Psicología Clínica-Comunitaria: psicólogos/as que se reconocieran como clínicos/as, como comunitarios/as y como clínico-comunitarios/as, pertenecientes al ámbito académico y/o profesional; personas de la comunidad que hayan participado o no en trabajos desarrollados por profesionales de las tres líneas antes mencionadas en sus comunidades y beneficiarias de Dispensarios de Salud.

La primera decisión fue cómo definir quiénes tenían conexión con la PCC y para ello decidí, en el caso de los/as profesionales que fueran quienes tuvieran alguna publicación referida a la PCC y a los cuales tuviera acceso. Así inicié con una colega de Perú, quien me facilitó el acceso a otro de los académicos que había leído y me sugirió una organización de la sociedad civil vinculada al tema, quiénes habían publicado sistematizaciones de experiencias desconocidas para mí, entrevisté a su director y este a su vez me refirió con otra de las profesionales de su equipo para que fuera también entrevistada.

En el momento en que coordinaba con mi colega peruana se encontraba una colega mexicana, a la cual conocía, pero no sabía de su vinculación con el área, hasta que ella misma se identificó y se ofreció como participante y posteriormente, tuve la oportunidad de ir a México a conocer sus experiencias y los equipos y organizaciones con los que ella estaba vinculada, desde la universidad.

En el caso de mis pares venezolanos del postgrado de PCC, quienes habían escrito sobre el tema eran mis participantes evidentes. Con uno de ellos tuve una primera entrevista en Venezuela que tuve que complementar por video llamada posteriormente, al igual que la de otro compañero, por la condición migratoria de los tres.

Hacia el final del análisis, necesitaba entender mejor por qué las diferencias o el sentido de la existencia de la PCC y el modelo de Salud Mental Comunitaria, por ello fue muy útil incorporar la mirada de una académica argentina que se posiciona desde este modelo. Esto me permitió realizar una entrevista que planteaba aspectos

distintos a los discutidos en las entrevistas con los/as otros/as colegas, al igual que ocurrió con el colega chileno ya mencionado.

En el ámbito de los/as profesionales, necesité incorporar la visión de los/as estudiantes de los postgrados de la UCAB y la PUCP, pues ellos podían orientar cómo resolver el tema de la formación en esta área y ofrecer nuevas visiones que permitieran clarificar el tema.

Por otro lado, en una actividad de campo para otro proyecto, entrevisté a un psicólogo recién graduado que, desde un cargo de clínico en un Centro de Salud que funcionaba en el corazón de una comunidad en una provincia alejada de la ciudad, me comenzó a plantear los retos de su práctica tratando de incorporar estrategias alternativas para poder trabajar con la comunidad, lo cual me llevó a pedirle me concediera una entrevista para mi tesis, porque aunque él desconocía la existencia de la PCC, a mi modo de ver, tenía mucha información interesante para aportar a esta.

Respecto de las personas de las comunidades, tuve que tomar decisiones para focalizar quienes pudieran brindar la información más adecuada al objetivo de la investigación. De tal forma, elegí personas de la comunidad que estaban vinculadas a las prácticas del postgrado de la UCAB, cuya visión era la conformación de un servicio desde la perspectiva clínica-comunitaria. Si bien al principio, pensaba en la idea de que fueran personas que asistían a estos servicios, resultó interesante incorporar a quienes no lo habían hecho porque habría algunas razones para ello que podrían brindar una nueva arista al conocimiento. De igual manera, hacer una entrevista a una persona de

la comunidad con el rol de promotora de salud ofreció un conocimiento más profundo de la visión de la comunidad.

Es así, como los intercambios con estos/as participantes en el proceso de construcción, que implicaba la recolección, procesamiento y análisis del conocimiento me fueron llevando a otros/as actores/as. Adicionalmente, con varios de ellos he realizado tareas conjuntas en esta u otra área, por lo que algunos me han acompañado y han tenido un lugar incluso en el surgimiento y planteamiento de este tema de investigación y se involucraron en diferentes momentos de su trayectoria, es así como compañeros/as de equipo, estudiantes y alguna persona de la comunidad construimos parte del conocimiento acá plasmado más allá de la entrevista formal, en nuestra experiencia previa de trabajo conjunto, teniendo cabida la agencia de todos en este trabajo.

La Tabla 5 da cuenta detallada de cuales fueron los/as actores/as, a fin de contar con algunas precisiones para entender el análisis de la información. Es importante señalar que las características de los/as colaboradores son diversas y aunque no ha sido sencillo, en aras de no contribuir a la despoblación de los sujetos propuesta por Billing (1994 como se citó en Wiesenfeld, 2001), emplearé nombres ficticios para referirme a algunos/as de ellos/as y nombres propios en el caso de quienes así lo autorizaron; respecto de estos últimos en el cuadro colocaré su nombre y apellido, aunque en las citas sólo el nombre para que estas se presenten de manera unificada. Solo el caso de los estudiantes quienes participaron de actividades que implicaron un trabajo colectivo

entre ellos (talleres reflexivos, entrevista participativa), no identifiqué sus nombres sino la categoría.

Del mismo modo, se identificarán algunas de las características a fin de que puedan ser entendidos en su contexto al momento de mencionar sus ideas, aun cuando reconozco que estas características siguen siendo genéricas, en tanto son impersonales.

Las personas han sido ubicadas por tipo de actividad común, identificando el país e institución de procedencia y la edad o rango de edad, ya que en el caso de los/as estudiantes y profesionales no se preguntó la edad, pero si se puede precisar el rango de edad en el que se encuentra.

En el caso de los/as profesionales, haré una distinción para establecer las categorías, refiriéndome a personas cuya labor principal es el trabajo académico, aunque todos realizan algún tipo de trabajo de campo; profesionales dedicados al ejercicio profesional propiamente dicho, aunque puedan desarrollar alguna investigación o actividad docente y; profesionales en formación, para denominar a los/as cursantes o egresados/as de los postgrados porque desde ese lugar fue su participación, aunque todos/as se desempeñan en actividades profesionales y algunos se han involucrado en la docencia y la investigación.

Las personas de la comunidad en general, las identificaré bajo el código C, distinguiendo con PCS a la promotora comunitaria de salud. En total fueron 64 los/as colaboradores/as: 7 académicos/as, 3 profesionales, 31 profesionales en formación, 6 egresados/as, 1 promotora de salud y 16 personas de la comunidad (11 mujeres, 5 hombres).

Tabla 5*Cuadro de colaboradores/as*

Nombre	Ciudad y País	Lugar que representa/procedencia	Edad	Observaciones	Actividad en la que participó	Cita
Académico/a (A) (más de 20 años de graduado)						
Teresita Castillo	México	Universidad Autónoma de Yucatán			Entrevista individual	(Teresita, A)
Tesania Velázquez	Perú	PUCP			Entrevista individual	(Tesania, A)
César Pezo del Pino	Perú	PUCP			Entrevista individual	(César, A)
Manuel Llorens	Venezuela	UCAB		Actualmente vive en Bolivia.	Entrevista individual: 2 sesiones, una presencial, otra virtual.	(Manuel, A)
Marcela Freytes	Argentina	Universidad del Chubut Egresada Doctorado SMC			Entrevista individual	(Marcela, A)
Pedro Rodríguez	Venezuela (Actualmente reside en Colombia)	UCAB Universidad del Valle		Egresado y exdocente del post-grado de PCC en Venezuela	Entrevista individual (virtual)	(Pedro, A)

Agustín	Chile	Universidad XX			Entrevista individual (virtual)	(Agustín, A)
Profesional (P)						
Carlos Jibaja	Lima- Perú	Centro de Atención Psicosocial (ONG)		Ha realizado trabajos conjuntos con la PUCP (más de 20 años de graduado)	Entrevista individual	(Carlos, P)
Karina Dianderas	Lima- Perú	Centro de Atención Psicosocial (ONG)		Forma parte del taller con estudiantes de la Maestría. Para el momento de la entrevista no cursaba la Maestría (más de 20 años de graduada)	Entrevista individual y taller	(Karina, P)
Javier	Ica-Perú	Posta de Salud		1 año de graduado	Entrevista individual	(Javier, P)
Profesional egresado en PC/ PCC (PE)						
Isabel	Perú	PUCP (5)			Entrevista grupal	(Isabel, PE PUCP)

Elena	Perú	PUCP		Entrevista grupal	(Elena, PE PUCP)
Juan	Perú	PUCP		Entrevista grupal	(Juan, PE PUCP)
Jonás	Perú	PUCP		Entrevista grupal	(Jonás, PE PUCP)
Mercedes	Perú	PUCP		Entrevista grupal	(Mercedes, PE PUCP)
Valeria	Venezuela	UCAB		Entrevista individual	(Valeria, PE UCAB)
Estudiante de PC/ PCC (E)					
-	Venezuela	UCAB	(7 estudiantes)	Entrevista grupal	(E, UCAB)
-	Lima - Perú	PUCP	(14 estudiantes)	Taller	(E, PUCP Lima)
-	Ayacucho-Perú	PUCP	(10 estudiantes)	Taller	(E, PUCP Ayacucho)
Promotora Comunitaria de Salud (PCS)					
Dunia	Venezuela	Catuche	59		(Dunia, PCS, 59 años)
Persona de la comunidad (C)					
Amalia	Venezuela	Catuche	60	Miembro de Comisiones de Paz. No atendida	(Amalia, C, 60 años)

Viviana	Venezuela	Catuche	45	por el servicio. Miembro de Comisiones de Paz. Atendida por el servicio.	(Viviana, C, 45 años)
Lorenzo	Venezuela	Catia/ Catuche	42	Albañil en el servicio.	(Lorenzo, C, 42 años)
Patricio	Venezuela	Catuche	37	Tiene una bodega en la comunidad. Atendido en el servicio	(Patricio, C, 37 años)
Lorena	Venezuela	Catuche	35	Trabajadora de limpieza en el servicio.	(Lorena, C, 35 años)
Martina	Venezuela	Catuche	63	Hijo participa en refuerzo escolar	(Martina, C, 63 años)
Adela	Venezuela	Catuche	38	Desempleada. Hijo participa en refuerzo escolar.	(Adela, C, 38 años)

Lucía	Venezuela	Catuche	48	Jubilada	(Lucía, C, 48 años)
Laura	Venezuela	Catuche	43	Un familiar se atendió en el servicio.	(Laura, C, 43 años)
Alexia	Venezuela	Catuche	37	No atendida en el servicio.	(Alexia, C, 37 años)
Iris	Venezuela	Catuche	30	Ha sido atendida en el servicio.	(Iria, C, 30 años)
Octavio	Venezuela	Catuche	70	No ha sido atendida en el servicio.	(Octavio, C, 70 años)
Alfredo	Venezuela	Catuche	60	Obrero, labora en servicio. Atendido en el servicio de Portillo. Hija ha participado en refuerzo escolar.	(Alfredo, C, 60 años)
José	Venezuela	Catuche	25	No conoce el servicio.	(José, C, 25 años)

Alba	Venezuela	Catuche	65	Sus nietos han sido atendidos en el servicio.	(Alba, C, 65 años)
Lucero	Venezuela	Catuche	28	Es docente de refuerzo escolar.	(Lucero, C, 28 años)

En cuanto a mi relación con los/as participantes, para el momento de la entrevista conocía a Teresita y Tesania, pues habíamos participado conjuntamente en actividades de la Red Latinoamericana de Formación en Psicología Comunitaria, posteriormente hemos intensificado nuestro vínculo profesional y amical; con Marcela, he estado en organización de eventos y actualmente en la Red de Prácticas de Cuidado en Salud Mental, teniendo encuentros frecuentes; Manuel y Pedro fueron mis compañeros de trabajo en la UCAB, manteniendo una cercanía tanto personal como profesional; a Pezo del Pino y los/as profesionales los contacté para la entrevista por referencia de otra colega porque no les conocía; al igual que Agustín, a través de un colega conocido de algunos eventos.

Respecto a los/as estudiantes de PC y PCC, todos eran o habían sido mis estudiantes y en el caso de los/as egresados/as, los de la UCAB habían sido mis estudiantes; los de la PUCP, fueron referidos por Tesania. Respecto de las personas de la comunidad, con Dunia mantenía una relación cercana por el trabajo realizado durante una década en el lugar; las personas de la comunidad fueron contactadas y entrevistadas

por mis estudiantes, con el fin de apoyar esta investigación y contribuir a mejorar el servicio que se prestaba en la comunidad.

2.4. *La Construcción del Conocimiento: Dialogando e Interpretando*

En concordancia con las ideas que he venido planteando en el texto, queda claro que la construcción del conocimiento se inicia desde el momento en que comienza a gestarse el tema, propósito y objetivos de la investigación hasta la escritura de este trabajo y las acciones o reacciones que tanto yo como los/as lectores/as generemos posteriormente.

Esta sección la dedicaré, a los procesos que conocemos tradicionalmente, como recolección de información y análisis e interpretación, los cuales mostraré de manera separada para facilitar la comprensión, aunque ellos se den de manera simultánea como un todo, teniendo un carácter dialógico y polivocal, que va cruzando las voces distintas, desde la postura inclusiva que supone el método analéctico. Ninguna de estas voces de antemano tendrá prioridad sobre otra, serán sus propios discursos los que definirán quienes participan más del diálogo de un tema u otro, acorde a sus experiencias e intereses.

Ha sido mía la responsabilidad de integrar los conocimientos producidos proveniente de la interlocución entre los/as actores/as que son parte del estudio, la literatura y yo como investigadora, teniendo el apoyo de un equipo que ha contribuido en el desarrollo de mi trabajo sirviendo como interlocutoras de mis interpretaciones. A su vez todo ello estará interpelado por las construcciones sociales relacionadas con los

distintos contextos a los que pertenecemos. Cisterna Cabrera (2005), se refiere a la construcción del conocimiento como:

un proceso subjetivo e intersubjetivo, en tanto es el sujeto quien construye el diseño de investigación, recopila la información, la organiza y le da sentido, tanto desde sus estructuras conceptuales previas, como desde aquellos hallazgos que surgen de la propia investigación, la que luego se colectiviza y discute en la comunidad académica. (p.62)

La triangulación (Hernández et al., 2010) estuvo presente en la investigación, a través de la inclusión de diferentes tipos de actores/as (ya descritos) y técnicas de producción de conocimiento, descritas a continuación.

2.4.1. Técnicas de producción de conocimiento: intercambiando desde distintas alternativas

a) Investigación documental

Para Corbetta (2003) un documento es "...cualquier material que proporciona informaciones sobre un determinado fenómeno social y que existe independientemente de la acción del investigador" (p. 428). En este caso, la investigación documental permitió construir el estado del arte de la PCC, pudiendo a la vez hacer un análisis crítico, estableciendo las relaciones entre los planteamientos desarrollados en textos por profesionales en torno a la clínica-comunitaria y las ideas de los/as participantes del estudio.

Estos textos fueron comprendidos desde su contexto y momento de producción. Aunque la mayor parte de ellos se encuentran expuestos en el marco referencial, fue

necesario categorizar la información contenida en ellos a fin de saber cuáles aspectos constitutivos de la PCC están contemplados en la producción escrita y cuáles no.

b) Entrevista en profundidad: participativas e individuales

La entrevista en profundidad es un método muy utilizado por las ciencias sociales para conocer, a través de los relatos de los/as propios/as participantes, contenidos de la realidad que son de interés para el investigador. Taylor y Bodgan (1998) las definen como “[...] encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de su vida, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p. 101).

A través de esta técnica se busca comprender el marco de referencia del actor/a social y pueden tenerse uno o varios focos de interés dentro de la misma. Tales focos van surgiendo de acuerdo a la orientación que los participantes y el investigador les den.

La entrevista participativa es una entrevista grupal que fomenta la participación de todos/as los/as involucrados/as y permite conocer las opiniones e ideas de un grupo de personas en torno a un tema común a partir de una conversación facilitada por la investigadora.

Algunos elementos a tomar en cuenta en este tipo de técnicas son: el número de entrevistados/as debe estar entre cinco y nueve, a fin de favorecer la participación de todos y garantizar el registro adecuado de la información producida en las mismas; las personas pueden o no conocerse entre sí, pero todas deben poder suministrar

información, sea porque tienen conocimiento sobre el tema a tratar, han protagonizado hechos vinculados a este o participan en algún proyecto o grupo comunitario relacionado al área sobre la cual se investiga; deben evitarse los debates y controversias y los temas han de enunciarse de manera clara y precisa, preferiblemente a modo de pregunta general (Montero, 2006a).

De las entrevistas participaron académicos/as y egresados/as de la Maestría en Psicología Comunitaria de la PUCP y la especialización en PCC de la UCAB, respondiendo a un mismo guión (ver Anexo A), los/as académicos/as de manera individual y los/as estudiantes y egresados/as en grupo, salvo la egresada de la UCAB, que fue la única posible a ubicar para la entrevista.

También emplee entrevistas individuales para las personas de la comunidad bajo un guión similar (ver Anexo B). Estas entrevistas, con excepción de la de la promotora comunitaria de salud, fueron más breves, siendo que las personas solían ser más concretas en sus respuestas y los aspectos teóricos vinculados a la PCC como tal no se incluyeron pues no eran del conocimiento de las personas. Estas entrevistas, fueron realizadas por los/as estudiantes de la especialización de PCC de la UCAB.

En total, fueron 26 entrevistas individuales y 3 participativas, cuya duración estuvo entre 40 y 90 minutos. Si bien previo a la entrevista plantee el consentimiento informado (oral) a cada uno/a de los/as participantes, en el que informé el propósito y los detalles de la investigación a fin de que las personas pudieran dar su autorización para utilizar la información suministrada en este documento; antes de cada entrevista hice la invitación a participar a la que refiere Martínez-Salgado (2012), que, aunque

parezca obvia o menos importante que el consentimiento informado, comparto con la autora que este es un paso imprescindible y rescatable conceptualmente porque es el espacio ético y dialógico para que la persona acepte participar en el estudio.

c) Taller de reflexión

La idea de taller, alude usualmente a lo experiencial, al “procesar con otros”, puede concebirse como “un dispositivo para hacer ver, hacer hablar, hacer recuperar, para hacer recrear, para hacer analizar o sea hacer visible e invisible elementos, relaciones y saberes, para hacer deconstrucciones y construcciones” (Guiso, 1999, p. 142). Es un modo de socializar, transferir, apropiar y desarrollar conocimiento de manera participativa.

En el marco de esta investigación he preferido incorporar el adjetivo reflexivo para enfatizar en que esta experiencia de trabajo conjunto está centrada en un pensar colectivo que invita a problematizar ciertas nociones y a proponer nuevas ideas. Esta técnica, además de permitir recoger información, fomenta el intercambio entre los/as participantes, quienes pueden generar ideas a partir de sus propias experiencias a la vez que la contrastan con otros/as, produciendo nuevos conocimientos, lo cual, en este caso particular que se llevó a cabo con cursantes de la Maestría de Psicología Comunitaria de la PUCP, capitalizó los espacios académicos de encuentro de estos/as profesionales, contribuyendo a sus propósitos de formación.

Coordiné dos talleres, uno de estudiantes de Lima y otro de estudiantes de Ayacucho; 14 y 10 participantes, respectivamente. Esta técnica se adecuó al contexto

pues no rompió la dinámica de las clases de los/as estudiantes y favoreció la participación dado el número de personas que estarían involucradas.

La dinámica del taller consistió en reuniones en pequeños grupos para trabajar distintos tópicos del tema propuesto organizados en un guión para cada grupo en el que se contenían algunos aspectos específicos para ese grupo y otros comunes a todos los grupos (ver Anexo C). Previo a ello, introduje la temática y los objetivos de la investigación, a la vez que establecimos juntos los acuerdos para la ejecución de la actividad, entre los que estuvo presente el consentimiento informado (ver Anexo D) y su disposición a inmiscuirse en este proceso.

La noción empleada como disparadora para la reflexión entre todos y motivar el trabajo en pequeños grupos fue la de Salud Mental. Finalmente, tuvimos una plenaria para intercambiar y profundizar lo pensado en los pequeños grupos, a fin de construir significados y conocimientos en torno a la PCC, en especial a la salud mental, la prestación de servicios y la formación en este campo.

d) Diario de campo

En esta investigación, las técnicas antes descritas estuvieron acompañadas del diario de campo, estrategia complementaria que permitió recoger los aspectos resaltantes que se dieron durante el proceso y los nuevos elementos que emergieron en ésta, así como las impresiones, sentimientos y opiniones que se produjeron.

Esta técnica si bien es complementaria, no es menos importante, dado el carácter de construcción de esta investigación en el cual la investigadora está inmersa por ser parte de quienes han gestado el camino de la PCC. En este sentido, en estas

notas fui planteando ideas de análisis, interpretación, decisiones, posibles alternativas de actuación e indagación; en definitiva, todo aquello relacionado con la investigación, no sólo producto de mi reflexión en solitario, sino en la presencia de mi asesora, mis apoyos de investigación y las personas con las que compartía acerca del estudio.

Esto supone que “aquello que el investigador dice acerca de la palabra del otro es parte de un proceso abierto” (Frank, 2005 como se citó en Cornejo et al., 2011, p.7) que, se sigue construyendo luego de la interlocución entre participantes e investigador/a por todo el que se incorpore a “la cadena de escucha y respuesta” (p. 7). De esta manera, se abre la posibilidad de diálogo con otros/as investigadores/as, en la medida que tienen acceso al contexto en el que se generaron e interpretaron los datos.

2.4.2. Procesamiento del conocimiento: La puesta en diálogo de lo producido

Iniciaré este punto con tres consideraciones epistemológicas y metodológicas propuestas por Cornejo y otras (2017), que considero están alineadas con la visión sostenida en este trabajo:

- “Puesta en disposición clínica: la reflexividad del investigador”, esta consideración va en la misma línea de lo ya trabajado en el apartado de reflexividad.
- “Puesta en disposición analítica: la escucha polifónica. La producción de conocimiento adquiere así una especie de apertura sin cierre, una construcción elíptica polifónica que va incluyendo diversas voces y ecos de estas voces”. Los análisis “abren y multiplican voces continuamente

sobre sus objetos de estudio y las preguntas que nos formulamos acerca de ellos (p. 19).

- “Puesta en disposición creativa: escritura y producción de conocimiento. La escritura es el momento en el que la *intencionalidad analítica* se orienta a la comunicación de hallazgos y reflexiones que el diálogo investigativo reflexivo y polifónico ha ido generando” (p. 19). El/la investigador/a da un orden y sentido a los datos para intentar responder a las preguntas de investigación o reconstruir nuevas preguntas. “No hay creación igual a otra” (p. 19).

Como se aprecia en estas orientaciones, la reflexividad y el poliálogo son dos ejes centrales para dar lugar a esta producción de conocimiento, en la que, se han venido edificando los procedimientos más adecuados para el intercambio con los/as actores/as comprometidos, su contexto de procedencia y las condiciones en las que se generaron las interacciones. Siendo oportuno, lo que en otro momento denominé “diálogo de entrevistas” al existir elementos comunes y no comunes que enriquecen la discusión y en el que la investigadora tiene un rol de “mediadora, moderadora, interlocutora o tal vez traductora de este proceso de diálogo, a la vez que co-constructora” (Goncalves-de Freitas, 2003, p. 80).

En este sentido, en el propio devenir de la construcción del conocimiento fui tomando decisiones en torno a qué aspectos requerían mayor indagación y quién podría aportar a ello, hasta alcanzar la saturación o redundancia de la información (Lincoln y Guba, 1985), cuando ya no emergían nuevas ideas y, en consecuencia, se comenzaba a repetir la información en relación a los temas de mi interés como investigadora y de

los/as participantes en la interacción. No obstante, es importante aclarar que ello no supone la inexistencia de nuevas líneas de indagación o profundización producto de la lectura, que otros/as actores/as o incluso yo misma hagamos de este texto, siendo que el conocimiento siempre es inacabado.

Rodríguez y otros (1999) muestran la importancia del análisis de datos para profundizar en torno a ciertas problemáticas o realidades, y la complejidad de dicho proceso dada la magnitud de información que debe interpretar e integrar. Ello implica, a su vez, que el/la investigador/a sea capaz de reflexionar respecto de sus propias perspectivas, supuestos y lógica. Así, “el análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. La recolección y el análisis de los datos van de la mano” (Taylor y Bogdan, 1998, p. 158).

Esta tarea ha implicado, ir dando sentido a lo que emergía de los datos, sin intentar hacerlos confluír o darles unicidad, en consonancia a la manera como, desde mi subjetividad me iba posicionando frente a ellos y dando cuenta de la “naturaleza anecdótica de la investigación” (Clavarino, Najman y Silverman, 1995 como se citó en Cornejo y Salas, 2011, p. 26), así como, de la puesta en diálogo con la literatura acerca del tema. Dando prioridad a la incorporación de la diversidad y a la crítica.

Wiesenfeld (2001), plantea que la construcción pasa por la comprensión e interpretación en la intersubjetividad, pero la trasciende; “la comprensión de las construcciones por parte del investigador es esencial para que, a partir del diálogo con los actores, se generen discusiones que promuevan sus reconstrucciones” (p. 129). De tal forma, “el análisis de datos representa un importante desafío para los investigadores

cualitativos, siendo un proceso que se realiza en espiral, mediante movimientos circulares más que desde aproximaciones lineales y fijas” (Creswell, 2007 como se citó en Cornejo et al., 2017, p. 3). Se trata de la:

...construcción de relaciones edificantes entre los datos, en donde la interpretación implica un acto comprensivo y creativo de teorizar y relacionar los datos (la evidencia) con todo el estudio (su pregunta, literatura, implicancias y proyecciones) de modo que se vean transformados. (Staller, 2015 como se citó en Cornejo et al., 2017, p. 5)

De este modo, el análisis en este estudio fue de carácter inductivo, partiendo de la consideración que hacen Lincoln y Guba (1985) del dato como una construcción, producto de la interacción investigador/a-participantes que se da a lo largo del estudio y que permite ir construyendo la investigación a partir de cómo se va generando y analizando la información, empleando el análisis de contenido cualitativo para organizar la información y establecer las categorías que permitieron ir propiciando el diálogo entre los discursos por tema, de manera inductiva.

El análisis de contenido es una estrategia clásica de investigación en ciencias sociales, entendida como “toda iniciativa que, partiendo de un conjunto de técnicas parciales pero complementarias, consista en explicitar y sistematizar el contenido de los mensajes y la expresión de ese contenido con ayuda de indicios cuantificables o no” (Bardin, 1986, p. 32), la cual se adapta a marcos cuantitativos o cualitativos.

De esta forma, esta técnica de análisis me aportó para estructurar la información orientada desde la perspectiva cualitativa, mientras que el paradigma y método asumidos me pautaron la manera de interpretar y dar sentido a esas categorías.

El primer paso fue realizar la transcripción de cada entrevista y plenaria de los talleres, en la medida que estas se daban, las cuales buscaban cuidadosamente plasmar el contenido exacto expresado por las personas.

Una vez que tenía cada transcripción, procedí a revisar un par de veces este escrito en su totalidad y luego línea por línea, a fin de ir ubicando los temas e ideas planteadas a la par que precisando las similitudes entre estas y estableciendo las primeras categorías, teniendo como orientación los temas propuestos en las entrevistas y talleres, sin que estos fueran limitativos de la incorporación de otros.

Incluí todas aquellas ideas que tenían sentido dentro de la investigación, siendo lo más exhaustiva posible, para mantener la información generada por los/as colaboradores/as y garantizar emergieran todos aquellos temas que pudieran aportar a la edificación de aspectos constitutivos de la PCC. Posteriormente, fui elaborando subcategorías en cada una de las categorías ya conformadas.

Es importante señalar que esto lo realicé para la primera entrevista y en las siguientes luego de hacer la lectura de la transcripción e identificar los temas principales las iba incorporando en el sistema de categorías y subcategorías en construcción, lo cual iba favoreciendo la comprensión en torno a los aspectos constitutivos de la PCC. De esta manera, el sistema de categorías se fue reconstruyendo todas las veces que fuera necesario y a partir de las comprensiones suscitadas en el

análisis. Fui detectando la necesidad de indagar otros aspectos o buscar nuevas perspectivas proveniente de otros/as actores/as.

Este proceso de categorización, inicialmente lo fui organizando acorde a cada tipo de actor/a (académicos/as y profesionales; profesionales en formación y egresados/as; y personas de la comunidad), en tanto con todos exploraba en torno algunos puntos en común, pero otros aspectos eran diferentes de acuerdo con la información que podían manejar y donde estaba su mayor experiencia y experticia. Luego fui cruzando la información de estos tres sistemas de categorías, integrando, reagrupando y refinando las categorías y subcategorías que fueron dando cuenta de los aspectos constitutivos de la PCC.

En la medida que iba categorizando se producían mis reflexiones e interpretaciones, las cuales fui organizando a la par con las categorías, de la misma manera fui categorizando los aspectos de la literatura que tenían lugar en este proceso de análisis, teniendo como eje orientador las ideas procedentes de los/as colaboradores/as del estudio y no la teoría.

Así, fui sistematizando los conocimientos que expondré en el próximo capítulo. Es difícil mostrar la dinámica de este proceso, en tanto las fases se dan de forma simultánea (recolección, análisis, interpretación, reporte), generando conocimientos a la vez en un vaivén con el campo y los nuevos conocimientos que se van gestando.

De esta manera, en la investigación los diálogos establecidos tanto con mi asesora como con las asistentes que me apoyaron, sirvieron como espacios de interanálisis, los cuales debo reconocer no fueron previstos como tales, con preguntas

preestablecidas y de manera tan sistemática como plantea, por ejemplo, Cornejo y otras (2011) al referir a los dispositivos de escucha, pero si cumplieron el mismo fin.

De igual forma, las conversaciones sostenidas con colegas acerca del tema en diferentes momentos del estudio (no incluidas formalmente en el estudio), la elaboración de las monografías durante el doctorado y la retroalimentación que mis colegas daban al respecto, me interpelaban y aportaban a la construcción y reconstrucción de la ruta de investigación y del proceso de comprensión de mi objeto de estudio.

2.4.3. Criterios de rigor: La congruencia de la investigación

Existen diversas posturas respecto del establecimientos de criterios de rigor en la investigación cualitativa, desde los que los asemejan a los criterios de validez y confiabilidad cuantitativa, hasta quienes consideran no son requeridos dado el carácter de este tipo de estudios (Valles, 1999). Así, el carácter abierto y complejo de la investigación cualitativa ha generado la necesidad de preguntarse cuáles pueden ser los criterios de rigor y calidad a considerar, acorde con la esencia epistemológica de este modo de pesquisar.

Cornejo y Salas (2011) afirman la importancia de buscar criterios que permitan juzgar la calidad de un estudio, a pesar de que no existe una definición única de rigor ni acuerdo absoluto de cuáles son estas pautas, al igual que, ninguna de ellas permite asegurar por sí sola la calidad y rigor de un estudio y ni ser más robusta que otra.

Lo importante es que cada investigador/a, desde su lugar activo y reflexivo, pueda analizar y valorar cuáles de estos criterios se adecuan a su estudio, considerando el contexto desde el que se realiza, sus características particulares (diseño, implementación, evaluación, estrategias, procedimientos) y las especificidades de su objeto de estudio, y la aproximación al mismo; así como, problematizar el rigor y la calidad de su investigación, reconociendo los sesgos propios y los del estudio, evidenciados en los objetivos propuestos, los resultados y conclusiones. “Esto es, pensar en una ética contextual y flexible, que acepte la subjetividad, la reflexividad y la interacción social como elementos constitutivos del investigar” (Cornejo y Salas, 2011, p. 16).

[...] cada forma de mirar un fenómeno social conlleva una serie de supuestos respecto de lo que es la realidad y de la relación del investigador con esta realidad. El inter juego entre ambos elementos es lo que determina los criterios de rigor y calidad sobre los cuales se define una buena investigación. (Marshall, 1990 como se citó en Cornejo y Salas, 2011, p. 14)

En este sentido, la subjetividad, aparece como una consideración básica para plantear estos criterios en la investigación, lo cual está relacionado con la reflexividad, que ya he expuesto antes y que es señalada por algunos/as autores/as de manera explícita como un criterio de rigor y calidad (Martínez-Salgado, 2012; Sisto, 2008).

Ello, implica que el/la investigador/a además de reportar los procedimientos de la investigación, reconozca su influencia y responsabilidad en la toma de decisiones respecto de los mismos, ya sea en la posición que fundamenta sus interpretaciones o

estos procedimientos y la proyección que hace de la relevancia de sus resultados; debe dejar claros sus motivaciones, valores y posiciones.

“En cierta medida, el investigador construye su investigación, y los criterios de rigor permiten hacer transparente ese lugar de creación” (Cornejo y Salas, 2011 p. 24). El/la investigador/a debe mostrar si hizo cambios en los procedimientos, cuáles fueron las razones para ello, o si incorporo procedimientos propios de qué se tratan. Todo ello, a fin de que sea el/la lector/a quien juzgue la manera cómo estos aspectos influyeron en la investigación (Strauss y Corbin, 2002).

En definitiva, los criterios de calidad apuntan a la rigurosidad con la que fue realizada una investigación en congruencia con la forma en la que fue concebida, es decir acorde al paradigma, perspectiva metodológica y método. El rigor se puede definir como “el establecimiento de parámetros que permitan acceder y asegurar la credibilidad, autenticidad, confianza e integridad de los resultados propuestos en una investigación” (Cornejo y Salas, 2011, p. 14). De tal manera que, no sólo refiere a los métodos y técnicas, sino a los procedimientos, fines y objeto de la investigación, pertinencia y justificación de la pregunta de investigación, adecuación del enfoque teórico y “la aplicabilidad, utilidad y relevancia –científica y social- de sus resultados” (p. 17). Se trata de la coherencia presente en todo el curso de la pesquisa.

Para esta investigación, asumiré cuatro criterios, coherentes con el paradigma y el método planteado: propiedad, adecuación, reflexividad y transferibilidad. La propiedad tiene que ver con la relación entre la información obtenida y las necesidades del estudio, lo cual incluye los métodos de indagación, lo cual queda reflejado en este

estudio en la congruencia entre el planteamiento del problema, los objetivos, el análisis de los resultados y las conclusiones. La adecuación, por su parte, se refiere a la calidad y cantidad de datos producidos acorde a esa calidad y se cumple a partir de dos subcriterios, según Montero (2006a):

- **Saturación:** cuando las fuentes consultadas ya no muestran diversidad de ideas y, en consecuencia, la información empieza a repetirse.
- **Variación:** capacidad del método para incluir diversidad de aspectos, es decir que las técnicas empleadas deben poder generar la mayor cantidad de información posible y las fuentes deben ser las adecuadas para dicha tarea. No tiene importancia el número de informantes sino la cantidad y calidad de la información que pueden aportar, por lo cual la selección debe hacer de manera cuidadosa y rigurosa.

El cumplimiento de estos subcriterios, ya fue expuesto antes, al referir a la saturación, la triangulación y el muestreo, adicional a todos los detalles relacionados al recojo de la información.

De otro lado, la transferibilidad, está dada por la profundidad y riqueza de la descripción de cada fenómeno en su contexto, sin importar el número de casos estudiados, permitiendo que, sin la intención de generalizar, pueda considerarse en otros contextos, entendiendo sus particularidades. En cuanto a la transferibilidad, se detallan en los puntos precedentes, el contexto de la investigación, de los/as actores/as involucrados y de los momentos de producción del conocimiento.

Por su parte, la reflexividad, introduce todo lo referido a las relaciones intersubjetivas que se dan entre los/as participantes, y es posible a través del registro del/de la investigador/a respecto de su influencia en la generación e interpretación de la información (Martínez-Salgado, 2012). A la reflexividad ya he dedicado un apartado, por considerarla, además de un criterio de rigor, un elemento orientador de este estudio.

A partir de lo antes expuesto, dado el carácter situado y reflexivo de esta investigación, en todo el texto muestro mis valores, motivaciones y posicionamientos; así como la toma de decisiones que he realizado en el proceso de investigación, relato expuesto con énfasis en el diseño de investigación. Ello con el objeto de que sean los/as lectores/as, pares u otras audiencias, quienes puedan evaluar la congruencia del proceso y la calidad de los resultados.

De esta manera, siguiendo este modo de hacer investigación, bajo una perspectiva cualitativa, este trabajo incorpora, conocimientos y vivencias personales de mi recorrido como psicóloga social comunitaria y clínica-comunitaria, así como, múltiples voces (académicos/as, profesionales en ejercicio y/o en formación relacionados al ámbito clínico-comunitario, miembros de comunidades con acceso a algún servicio de salud mental comunitaria), complementado con discursos de profesionales plasmados en artículos y textos académicos. Todo ello, dará sentido a la construcción de la Psicología Clínica-Comunitaria.

Este pretende ser, entonces, un trabajo de carácter polivocal, cuya amplitud y complejidad requiere la incorporación de diferentes fuentes, actores/as y estrategias de

búsqueda de información. Polivocalidad, que en términos de Gergen (2007), no sólo incluye la diversidad de personas involucradas sino la diversidad de voces de cada uno de estos/as actores/as, en el sentido que, a cada uno de ellos lo acompañan otras voces significativas de su contexto y sus propias ideas desde distintas identidades, como explicitaron algunos/as de los/as colaboradores de este estudio; todas ellas están representadas de algún modo en su discurso. Finalmente, la audiencia del texto será otra actora que se sume y que podrá juzgar lo planteado.

CAPÍTULO IV

Análisis y Discusión de los Resultados: Una Construcción Colectiva de sus Elementos Constitutivos.

El objetivo de esta investigación ha sido construir los elementos constitutivos de la PCC, en compañía de distintos/as actores/as, ofreciendo nuestras experiencias, vivencias y conocimientos relacionados con este tema. Esta no es la versión única para la PCC, pero sí una contribución a su desarrollo desde América Latina.

En este capítulo presento de manera integrada el análisis y discusión de los resultados, conjugando los elementos que constituyen la PCC, con la concurrencia de las voces ya descritas en la metodología y acompañada de conocimientos recogidos en la literatura, la mayoría de ellos ya mostrados en el marco referencial.

Si bien, como he anunciado en la metodología, he sido yo la que ha organizado esta información y he tomado las decisiones de la dirección de la investigación, los/as participantes han sido los/as colaboradores/as que han construido conmigo tanto la ruta como las ideas que acá presento, es por ello que, con el fin de mantener la polivocalidad de este proceso, he ido redactando los apartados que siguen, manteniendo los discursos de los/as diferentes actores/as involucrados/as en este estudio y suscitando la comparación e interlocución entre todos/as.

Respondiendo a esta apuesta creativa de cómo plantear el conocimiento producido desde mi intencionalidad analítica, he dividido en siete temas el conocimiento que ha emergido junto a los/as colaboradores/as, de la manera cómo he

descrito el proceso de análisis en la metodología. El primero de ellos, nos da el contexto para entender a la PCC y a los/as académicos/as en relación con sus disciplinas de origen y campos afines; el segundo precisa algunos principios, enfoques y problemáticas de la PCC; el tercero desarrolla tres ejes centrales de la PCC: salud mental, salud mental comunitaria y procesos clínico-comunitarios; el cuarto alude al lugar de los/as actores/as de la PCC y sus relaciones; el quinto expone los servicios y estrategias; el sexto presenta reflexiones en torno a la formación en psicología y su relación con la subdisciplina. Por último, el séptimo aporta las discusiones finales en torno a la pertinencia y formalización de la PCC.

Es menester advertir que la contribución de los/as participantes a cada uno de los temas es distinta, dado que esta se dio en función de los intereses, experiencias y conocimientos de cada tipo de actor/a. De esta manera, las personas de la comunidad se centran en los temas de SM y SMC, actores/as de la PCC y servicios; los/as estudiantes y egresados/as colocan su énfasis en la formación, aunque realizan aportes en otros aspectos.

Los/as académicos/a, al ser quienes han tenido mayor involucramiento con la PCC, tanto en la praxis como en la producción de conocimiento, serán quienes ofrezcan insumos a todos los temas tratados; al igual que los profesionales que si bien algunos no han escrito en torno a la subdisciplina, su experiencia les permite abordar las diferentes temáticas.

La presentación del análisis y discusión en este capítulo lo realizo colocando las citas textuales de los/as colaboradores/as, relacionándolas entre sí acorde a cada

punto tratado. Estas citas las muestro entre comillas y en cursiva, al final de cada una, indico el nombre y el tipo de participante, de acuerdo a la nomenclatura señalada en el cuadro de colaboradores/as expuesto en la metodología; en el caso de las personas de la comunidad incorporo la edad por cuanto es un dato significativo para entender desde dónde hablan, porque muestran experiencias distintas en la vida personal y comunitaria.

Dichas citas las intercalo con los aspectos de la teoría con los cuales considero dialogan, así como con mis comentarios e interpretación respecto de las ideas que se van generando, ya sea para complementar, disentir, cuestionar y/o integrar, a fin de conformar una especie de mapa holístico que incluye la diversidad de actores/as.

La organización narrativa en cada apartado varía en función de la manera como cada actor/a se posiciona en el punto tratado, siendo que en algunos temas intervienen unos más que otros. De igual forma, en oportunidades, juzgo necesario hacer alguna introducción o cierre propio o de la literatura para que se pueda entender mejor el discurso de los/as colaboradores/as; en otros casos, inicio o culmino directamente con las palabras de alguno de estos/as.

En este sentido, al realizar la discusión de los resultados, considero a la literatura como una de las voces dentro del estudio, mas no es la de mayor peso respecto de los otros discursos; los cuales usualmente han sido invisibilizados. Por esta razón, no la incluyo en cada uno de los contenidos expresados por los/as entrevistados/as, a quienes también considero co-productores/as de conocimiento. De esta manera, valoro el análisis y discusión de los resultados como el lugar por excelencia de los/as

colaboradores/as, en consonancia con el objetivo de esta tesis, mientras que el de la literatura es el marco referencial, lo cual ha permitido conocer la tradición en los desarrollos de la PCC.

Respecto de los/as colaboradores/as, siendo congruente con la perspectiva del socioconstruccionismo crítico y el método analéctico, es transparente reconocer que una parte de ellos/as, son también autores/as de textos en PCC, lo cual les da, de algún modo, doble voz en este trabajo. No obstante, su discurso en tanto entrevistados/as apunta más a sus experiencias o reflexiones que no suelen tener la oportunidad de expresar en los escritos formales, con lo que se rescata otra dimensión de su palabra, en cierta forma silenciada.

Del mismo modo, se hace necesario dar un lugar a otros/as profesionales no académicos o en formación en los temas de su competencia y, especialmente, a las personas de la comunidad quienes están hablando y construyendo la disciplina, a lo cual no se les invita usualmente. En esta oportunidad, las personas de la comunidad plantean, opinan y cuestionan en torno a lo que se puede hacer desde la PCC.

De esta forma, el método analéctico nos permite establecer el diálogo entre los distintos actores/as, por un lado, al interior de la PCC incluyendo el discurso de las personas de la comunidad y los/as profesionales no académicos y en formación, sin alinearlos a los de la literatura que son aquellos que, comúnmente, responden a las pautas construidas desde la totalidad, en tanto cumplen los parámetros para ser publicados y validados como conocimiento. Por otro lado, en el marco de la psicología, se incorpora la voz de la PCC con una argumentación alternativa que cuestiona los

contenidos aceptados desde el discurso hegemónico, rompiendo ciertas estructuras preestablecidas respecto del quehacer psicológico y su producción académica.

Para cerrar esta apertura al análisis y discusión de los resultados, quiero compartir estas palabras de Gergen (1996), que asemejo a la búsqueda de este estudio por una construcción colectiva de conocimiento, considerando:

[...] la *desconstrucción*, en la que todas las suposiciones y presupuestos acerca de la verdad, lo racional y el bien quedan bajo sospecha –inclusive la de los desconfiados-; la *democratización*, en la que la gama de voces que participan en los diálogos resultantes de la ciencia se amplifica; y la *reconstrucción*, en la que nuevas realidades y prácticas son modeladas para la transformación cultural [...]. (p. 88)

En la Tabla 6 se pueden observar cada uno de los temas trabajados y sus subcategorías. Adicionalmente, al inicio de cada tema el/la lector/a encontrará un diagrama que le permite entender las relaciones entre el tema con las subcategorías que lo contienen y de esta manera facilitar su lectura.

Tabla 6

Cuadro de temas y subcategorías

Temas	Subcategorías
1. Relaciones y Pertenencias de la PCC: Disciplinas y Campos Afines	1.1. Las Identidades de los/as Profesionales: Matices y Diversidad 1.2. La PCC en Relación

2. Principios, Enfoques y Problemáticas: Punto de Partida de la PCC	2.1. Principios de la PCC 2.2. Enfoques para la PCC 2.3. Problemáticas que Corresponde Atender a la PCC
3. Salud Mental, Salud Mental Comunitaria y Procesos Clínico-Comunitarios: Ejes Centrales de la PCC	3.1. Locura y Patología: Pasado y Presente de la Concepción de Salud Mental 3.2. Salud Mental: Responsabilidad del Cuidado e Individualidad 3.3. Trascendiendo la Reconceptualización de la Salud Mental: De lo Conceptual a su Aplicación 3.4. Salud Mental Comunitaria: Integración del Contexto y las Relaciones 3.5. Bienestar-Malestar 3.6. Sufrimiento Psicosocial, Trauma Psicosocial y Fortalecimiento Clínico-Comunitario: Comprensión desde el Continuo Malestar-Bienestar
4. Relaciones y Actores Involucrados en la PCC	4.1. Lugar y Contribución de la Comunidad en la PCC 4.2. Lugar y Contribución de los/las Profesionales en la PCC 4.3. Relación entre los/as Actores/as en el Marco de la PCC
5. La PCC en el Marco de los Servicios Clínico-Comunitarios	5.1. Entre lo Real y el Ideal: Características y Pertinencia de un Servicio Clínico-Comunitario en Construcción 5.2. Espacio del Quehacer: De la Infraestructura a la Estructura Vincular 5.3. Estrategias de la PCC: El Quehacer en Acción 5.4. Niveles de Intervención
6. Formación en Psicología: Un Desafío para la PCC	6.1. Pregrado: Desde Dónde Pensamos y Construimos la Psicología 6.2. Mirada al Postgrado: Aterrizando los Intereses 6.3. Sugerencias a la Formación en PCC
	7.1. Pertinencia de la PCC en el Contexto Latinoamericano

7. Psicología Clínica-Comunitaria: Un Espacio para el Encuentro sin Fronteras	7.2. PCC como Subdisciplina en Construcción
	7.3. Formalización de la PCC: Ubicando Alternativas
	7.4. Límites Borrosos de la PCC

1. Relaciones y Pertenencias de la PCC: Disciplinas y Campos Afines

Figura 2

Relación entre el tema “Relaciones y pertenencias de la PCC: disciplinas y campos afines” y sus subcategorías



Comenzar la indagación respecto de este tema, considerando la importancia del conocimiento situado, ameritó, en el caso de los/as profesionales (académicos y en ejercicio) colaboradores/as del estudio, saber cuál era su visión respecto de la PCC y el desarrollo de esta en su contexto, así como, el lugar desde el cual ellos y ellas se estaban

posicionando, pues “...nuestras construcciones del mundo se derivan de nuestras relaciones dentro de comunidades interpretativas” (Gergen, 2007, p. 247).

Para ello, en primera instancia, la consulta fue saber cómo se autodefinían profesionalmente respecto de la PCC, siendo que, como hemos visto en el marco referencial y en lo cual hay un acuerdo de parte de todos los profesionales, la PCC, al tener como fuentes principales a la Psicología Clínica y a la Psicología Comunitaria, hace que algunos incursionen en ella, pero mantengan su identidad con la disciplina de origen o incluso con alguna otra aproximación.

Este tema se complementó con conocer las relaciones que establecen entre la PCC y sus disciplinas de origen y otros modelos semejantes, en esta última discusión se incorporaron los/as profesionales en formación. Este apartado integra las ideas de estos dos temas, los cuales están interconectados; sin embargo, los separo para dar un orden que facilite la lectura.

1.1. Las Identidades de los/as Profesionales: Matices y Diversidad

La emergencia de la PCC ha sido un proceso complejo en Latinoamérica, vinculado tanto al trabajo práctico como académico de los/as psicólogos/as atravesado por las circunstancias y realidades propias de cada país y dependiendo de los ámbitos desde los cuales estos provengan y se desempeñen. En este estudio, me interesó conocer la identidad disciplinar y/o profesional de estos/as actores/as que de una u otra manera se han relacionado con la PCC.

La identidad la estoy considerando desde la pertenencia a una categoría social, como se plantea desde la clásica teoría de la identidad social de Tajfel (Pujal, 2004) donde cada uno se puede reconocer como parte de determinado grupo con los que comparte ciertos elementos, que les permite a su vez, diferenciarse de otros; asumo esto como punto de partida, con las implicaciones que en la actualidad pueda tener la relatividad de estas pertenencias, tal como se evidencia en lo que derivó del intercambio en esta investigación.

Debo reconocer que, mi mirada inicial fue ingenua, porque preguntar la identidad de estos/as profesionales casi significaba para mí un dato similar a los demográficos, familiares o curriculares, y lo que surgió fue un entramado de alternativas, con límites más o menos difusos, dependiendo de cada caso, y, atravesado por condiciones diversas, de las cuales yo tomaré el contexto país y la procedencia disciplinar para establecer algunas relaciones, sin suponer que las he abarcado exhaustivamente. Ello queda claro cuando Manuel al preguntarle acerca de la PCC responde: *“Yo creo que mi manera de entenderla tiene que ver con cómo yo me fui formando y mi trayectoria”*.

En el grupo de profesionales y académicos/as, con quienes indagué este tema, pude vislumbrar que la mayoría de ellos se identifica como pcc, pero no bajo criterios homogéneos. Sólo Teresita, Karina y Valeria, formadas inicialmente como psicólogas clínicas, se consideraron sin dudar, como pcc, campo que para ellas integra de manera satisfactoria lo clínico y lo comunitario, cambiando la perspectiva tradicional de su disciplina de origen:

Yo sí diría que he encontrado elementos en mí del trabajo clínico, también pensado diferente, y hoy, 5 o 6 años después, sí te diría que me autodefino como clínica comunitaria. (Teresita, A)

Yo sí me denominaría clínica comunitaria, o sea la clínica es la base de todo, para que trabajes en el área que sea. Yo siento en la clínica una herramienta básica que a mí me ha ayudado muchísimo; y lo comunitario, lo psicosocial, uno lo puede aplicar también en todos los ámbitos y es como aprendes a ver las cosas; lo comunitario es que ya no voy a ver a esa persona que está frente a mí como un sujeto individual, sino como a alguien que pertenece a otros sitios, que pertenece a una familia, a una escuela, a una comunidad, y cómo influye en estos ambientes y cómo lo afectan a él. (Karina, P)

Hay un aspecto que apunta a la necesidad de entender a las personas de manera integral, desde la complejidad y por ello ambas han requerido trascender o redimensionar su formación inicial como clínicas con algún componente vinculado a las ciencias sociales, que en el caso de Teresita requirió incluso complementar con una formación en antropología; mientras que para Karina la visión psicosocial siempre la ha incorporado en su trabajo, lo cual pareciera estar relacionado más allá de la formación con una manera de asumir la profesión, que les lleva a sentirse más a gusto con la PCC, aunque como comenta Valeria, le plantea algunos dilemas:

Clínica comunitaria, lo que pasa es que siento que mi ser se siente mucho más a gusto con el paradigma más clínico comunitario, con mis dilemas que siempre tengo de que a veces uno ciegamente hace cosas del otro paradigma y después es que te das cuenta, estás infantilizando; pero, muchas veces me crea conflictos, la clínica tradicional creo que no la hago así, por eso no me gusta,

[...]de hecho lo clínico muchas veces no lo tengo en la cabeza, me lo he tenido que meter porque me lo exigen, porque es como que tengo que pasar por ahí, pero no es algo desde lo cual me aproxime a entender la realidad. (Valeria, PE UCAB)

Para Pedro y Manuel la adscripción como pcc les hace sentir cómodos. Sin embargo, la manera como se vinculan con ella es distinta a la de las entrevistadas anteriores, ya que aluden a la diversidad de identidades.

En el caso de Manuel, la PCC es una de sus identidades centrales como psicólogo, entre otras (psicólogo deportivo, psicoterapeuta), en tanto permite combinar varias cosas y resolver su insatisfacción con la clínica tradicional (de donde proviene) para responder a algunas problemáticas, siendo este un elemento común con Teresita y Karina. En su opinión, no es tan necesario colocarse en alguna identidad de manera exclusiva, lo cual a veces es complicado de explicar en espacios académicos como congresos o actividades similares:

No me preocupo tanto si me llamo de una manera o me llamo de otra, eso me da cierta libertad de movimiento. Siempre me pasa, y creo que con el tiempo me pasa más. (Manuel, A)

En el caso de Pedro si bien se siente clínico comunitario “*con orgullo*” porque incluso se formó en el postgrado de PCC por elección, expresa es “*un clínico que trabaja en el ámbito de la salud mental comunitaria, esa es mi identidad más amplia, incluso más allá de la clínica estrictamente en sí*”. Al igual que sus colegas anteriores, es un clínico insatisfecho con algunos aspectos de esta área:

Más bien, lo más fácil es que soy un clínico que no haría ciertas cosas de la clínica que me parecen van en contra de la satisfacción de algunas necesidades muy básicas, como, por ejemplo, entender ciertos grupos poblacionales más allá de categorías muy rígidas. (Pedro, A)

En el caso de Javier, no hice la indagación explícita respecto de su identidad, dado que desconocía la existencia de la PCC y era un profesional muy joven, cuya experiencia da cuenta de su práctica profesional y su reciente formal labor como psicólogo. No obstante, queda clara su insatisfacción, como la de los/as colegas anteriores, referente a su formación en psicología clínica con una perspectiva tradicional y su búsqueda intuitiva en la incorporación de estrategias comunitarias, que lo aproximan a una práctica al estilo de la PCC, por la cual manifestó un gran interés por conocer e incluso formarse en el área, debido a su relación con su vocación de servicio, que aparece como eje central de su identidad:

...sería genial seguir aprendiendo de ella (la PCC), me encantaría y si fuera la posibilidad de ser pionero de eso, [...] pero me gustaría formalizarlo, de repente hacer un curso, [...] porque esa es mi meta, yo quiero servir a mi país, apoyar a mi país, pero no solamente apoyarlo, que significa dar lo que yo sé, sino dar más de lo que yo sé [...] yo creo que la satisfacción está en dar más de lo que te piden, [...] entonces si yo decidí ser psicólogo, mi idea de vocación al servicio está, tal vez, en ser diferente o distinto de otras vocaciones de servicio. (Javier, P)

Tesania y Agustín apuntan hacia una identidad que consideran más global vinculada a lo comunitario:

Yo tengo la perspectiva comunitaria, tengo el ojo comunitario, puede ser salud mental, puede ser desarrollo rural, puede ser fortalecimiento organizacional comunitario, básicamente para mí hay una cuestión más aún, más abstracta [...] Y esa visión, yo diría que es más abstracta o más general al ámbito de lo que se podría llamar la salud mental, o lo clínico comunitario, o la salud mental comunitaria, sino que más bien da una perspectiva aplicable en cualquier problema social. (Agustín, A)

De este modo, Agustín se reconoce como un “*psicólogo de orientación social y comunitaria*”, incluso con mayor tendencia a las ciencias sociales que a la psicología, mientras Tesania, se denomina “*psicóloga comunitaria*”.

Yo en el fondo soy una persona que se sitúa desde la psicología con orientación de lo colectivo, con un énfasis en creer con convicción en los procesos de participación de las personas, que habitualmente son las personas más excluidas, que no tienen voz [...] yo me defino como más comunitario, y, por lo tanto, con una apertura menos hacia la psicología y más hacia las ciencias sociales, entonces en ese sentido me identifico más bien como un psicólogo de orientación social y comunitaria, que con ese lente puede observar. (Agustín, A)

No, yo creo que me defino más como psicóloga comunitaria, ahora que mi experiencia es mas en clínica que comunitaria, pero como ya hemos conversado, en el Perú lo clínico comunitario todavía no tiene un lugar y entonces es muy difícil siempre ir explicando. (Tesania, A)

Esta última idea, expresada por Tesania, apunta a una dificultad de mostrarse como parte de un campo como la PCC por la falta de reconocimiento en su país, donde, como también lo ha descrito al presentar el proceso de aparición de la PCC, se ha dado

un cambio de terminología para no generar barreras con profesionales de la psiquiatría y poder tener mayor incidencia en las políticas públicas.

Este es un punto interesante a tener en cuenta, ya que profesionales como Carlos en su entrevista hablaba desde la Salud Mental Comunitaria y no desde la PCC, la cual considera más cercana a la perspectiva de la clínica tradicional, percepción que comparte con Marcela, quien teme que bajo la etiqueta de PCC se adjudican clínicos con prácticas tradicionales y, si bien valdría la pena reconceptualizar, es una dura labor que ella en lo particular no está dispuesta asumir, pues prioriza luchar por las mejoras de las personas con problemas de salud mental. Carlos sostiene identificarse como clínico, dentro del equipo comunitario:

En mi caso es distinto porque lo que yo hago es básicamente clínica, entonces soy parte de un equipo comunitario, pero dada la formación de clínica; y diseño proyectos y esas cosas, pero eso sería más en la parte administrativa, pero si me preguntas cómo me defino dentro de ese equipo comunitario, me defino como clínico. (Carlos, P)

Marcela se define “como trabajadora de salud mental” con el fin de distanciarse de una práctica clínica convencional con la cual no comulga.

Siempre hubo tensión para pensarme desde mi propia disciplina porque todo el tiempo tenía que estar fundamentando desde qué otros lugares pensaba la práctica y cómo hacer otras prácticas que también eran difíciles siendo residente. [...] era ‘No, yo no quiero hacer consultorio, que, si la persona se va, tacharla, listo, que venga el otro, desocupo un espacio’ No, si se va ¿Qué está pasando? Hay que hacer una visita domiciliaria. (Marcela, A)

César, por su parte, ofrece una pertenencia interesante, pues él se autodefine como psicoterapeuta psicoanalítico, pero también ha hecho trabajo social, con especial énfasis en la educación popular. Al responder a la pregunta los presenta de manera separada, como si fueran dos momentos o fases diferentes de su vida, pero se ha involucrado en muchos proyectos en los que pareciera que no están distantes estas áreas, y, en este sentido, al referir a quienes me sugirieron entrevistarle porque lo consideraban un clínico comunitario, comenta que ellas siempre lo ven así y la verdad no le molesta.

En lo que a mí respecta, tal como me he presentado en capítulos anteriores, mi disciplina de origen ha sido la psicología social y de allí me he derivado hacia la psicología comunitaria, lo cual me ha llevado a autodefinirme como psicóloga social comunitaria o psicóloga comunitaria y en oportunidades como psicóloga social cuando trabajo temas no necesariamente vinculados a lo comunitario. Sin embargo, mis intereses hacia lo clínico y el sentido que me ha ido generando la PCC, me hace sentir también como psicóloga clínica-comunitaria en formación, como siento se está dando su construcción.

Ello me permite pensar en una identidad híbrida, en tanto siento que soy psicóloga social, social-comunitaria, comunitaria, clínica-comunitaria, todas a la vez, pero que cada una de estas identidades puede hacerse explícita dependiendo del tema y ámbito en el que me corresponda actuar, lo cual se hace complejo, ya que socialmente se nos suele pedir posicionarnos desde un lugar en particular.

La diversidad destaca en el tema de la identidad profesional, por lo cual no es posible hablar de una sola, aun cuando estos/as profesionales se sientan afines e incluso parte de un mismo grupo. Hay un elemento que les une a todos/as y es el descontento con la psicología clínica tradicional, que para algunos/as puede significar la necesidad de distanciarse de ella y para otros/as, la oportunidad de darle una mirada diferente alimentándola con otros enfoques o involucrándose en otras labores sin abandonar su práctica clínica.

Es interesante, por ejemplo, como Teresita, que se identifica plenamente como pcc, intenta en este diálogo establecer siempre el lugar de la PCC, a diferencia de otros/as colegas que marcan más la diferencia de la clínica con lo clínico-comunitario; lo cual se puede evidenciar en los apartados que siguen, en los que, a mí parecer, el lugar de identificación que el/la profesional tiene con la PCC o con alguna de sus disciplinas de origen contribuye a las consideraciones que hace respecto de las relaciones entre éstas.

En cuanto a la vivencia de esa identidad, se puede apreciar que, para algunos/as, esta puede ser difícil de expresar a otros/as o más bien de ser comprendida por otros/as, ya sea cómo en el caso de Tesania que la especificidad de su identidad como psicóloga comunitaria no tiene el suficiente reconocimiento en su país, por lo que hablar de PCC se hace aún más complicado; o el caso de Manuel que su identidad híbrida lo hacen parecer como un extraño entre sus colegas.

Así mismo, dicha identidad, se va conformando a través de su formación, tanto por los contenidos y énfasis de esta, como por la forma en la que es transmitida y las

experiencias que les permite tener. Sin embargo, como se vislumbra en algunos comentarios (Valeria, Javier, Teresita, Karina), estas elecciones y miradas trascienden a la formación, siendo parte de sus maneras de ver el mundo, de aquello que consideran cónsono con “su ser”.

En este sentido, algunos/as han reflexionado más acerca de ello o lo tienen más claro mientras que para otros/as no es una postura acabada o se encuentra en construcción, que en casos como el de Javier obedece a que es un psicólogo recién graduado, con una idea muy clara de cómo quiere ejercer su profesión, pero que considera requiere conocer más alternativas en la psicología para consolidar sus intereses.

Sintetizando, hemos visto cómo para algunos/as su aproximación a la PCC está más inclinada hacia la psicología comunitaria, entendiendo que esta es una pertenencia más amplia que la puede abarcar; otros/as pueden denominarse más bien clínicos, pero con una mirada distinta que permite atender problemáticas psicosociales y/o ser parte de un equipo de salud mental comunitaria.

Si bien estas alternativas me han llevado a pensar en la idea de continuo entre lo clínico y lo comunitario, al analizarlo a detalle no se hace posible por cuanto se entrecruza con otras líneas, como es la salud mental comunitaria como modelo por un lado y como campo en el que se actúa por otro lado, y porque la PCC puede ser parte de alguna de estas o más bien se prefiere separarla para no asociarla a la clínica tradicional. Ello sin considerar a quienes podemos admitir una múltiple identidad o una identidad preferente con tendencia a otra y a quienes, como Marcela, al denominarse

“trabajadora de la salud mental” se abstrae de lo disciplinar para priorizar el objetivo de su quehacer en pro de una población.

De tal forma, no es posible pensar en un isomorfismo entre un/a profesional y una disciplina en particular, más bien es necesario reconocer que existen matices en la pertenencia y, en consecuencia, en su aproximación y visión de la PCC, lo cual es importante tener presente en las apreciaciones que se exponen en las partes siguientes. Esto nos hace dar cuenta que la diversidad aparece como una de las características a contemplar para la PCC.

Como mencionan Gaspar Gandía y Valenzuela Contreras (2015) se “abre una puerta a nuevas búsquedas referidas a la identidad profesional del psicólogo clínico-comunitario, su posición paradigmática, los desafíos éticos que enfrenta y la producción de una subjetividad en tensión permanente construida en una nueva praxis” (p. 167).

1.2. La PCC en Relación

Como hemos revisado en el marco referencial, la PCC tiene sus bases en las psicologías clínica y comunitaria (Montero; 2010; Rodríguez, 2003; 2010), disciplinas que desde su surgimiento han priorizado algunas temáticas y poblaciones distintas en las cuales focalizar su trabajo, con el uso de métodos particulares. Ello ha ameritado que la formación que reciben los/as profesionales en cada una de estas áreas sea igualmente diferente, propiciando una relación de tensión entre ambas.

En ese espacio de tensión emerge la PCC, por lo cual es pertinente indagar acerca de los aspectos que comparte con cada una de estas disciplinas y en cuáles se distancia, o en todo caso si se da algún tipo de conjunción, esta será la tarea central de este punto.

Adicionalmente, incluyo otra relación que se revela como significativa en este devenir de la PCC, como lo es el modelo de Salud Mental Comunitaria, por cuanto puede ser una fuente de influencia o una propuesta similar, dependiendo de cómo se visualice para algunos/as profesionales. Para mis entrevistados/as, a excepción de los/as peruanos/as, son dos propuestas distintas.

En el caso peculiar del Perú, desde la academia la PCC y la Salud Mental Comunitaria son equivalentes, sin embargo, por razones contextuales vinculadas al proceso de reforma de salud mental en el país, se ha pasado a hablar de SMC en vez de PCC, siendo que, como comenta Tesania, da una mirada más amplia, que permite incluir a más profesionales y no sólo a los/as psicólogos/as, manteniéndose el propósito que es reflexionar acerca de enfoques que abordan la problemática de salud mental desde una perspectiva comunitaria (Pezo del Pino et al., 2008).

Ya he advertido en el marco referencial la forma indistinta en la que los/as autores/as denominan a cada enfoque o disciplina (psicología comunitaria, psicología social comunitaria, psicología clínica, psicología clínica-comunitaria). En este capítulo debo ratificar esta advertencia, pues ocurre lo mismo con las personas entrevistadas, ya que precisamente se establecen las relaciones entre estos campos.

Sin embargo, resalto que, en la mayoría de las personas, de manera natural en las entrevistas al preguntar sobre PCC a veces piensan en PSC, psicología comunitaria o en psicología clínica, esto dependiendo de su disciplina de origen, aquella con la que tienen mayor proximidad o si la consideran está incluida en otra más amplia. En todo caso, estimo que ello da cuenta de que el término PCC, no ha sido incorporado por todos/as, incluyendo quienes cursan la especialización en PCC.

1.2.1. Psicología Clínica-Comunitaria vs. Psicología Social Comunitaria (PSC)

En función de la advertencia anterior, plantear a los/as colaboradores/as la reflexión en torno a las similitudes y diferencias entre la PSC y la PCC no ha sido una tarea sencilla; sin embargo, en el esfuerzo de esta producción, algunos/as expresan a la par ambos elementos mientras que otros se remiten a los contrastes o a las semejanzas únicamente.

La primera idea está relacionada con la forma cómo el momento histórico y contextual, influye en las preocupaciones y énfasis que dan lugar al surgimiento de disciplinas, modelos y teorías científicas, así como a los temas y poblaciones con las que se trabaja, tal es el caso de lo que ha ocurrido con la PSC y la PCC. En palabras de Tesania,

...hace un tiempo, cuando surge la [...] psicología social comunitaria o psicología comunitaria, surge como respuesta a una situación también de injusticia y de inequidad social, de violencia, había dictaduras en todo lo que es Latinoamérica en ese contexto; pero ahora hay un sufrimiento que pasa por situaciones de violencia, de dolor, de muerte, que configuran la necesidad de

comenzar a pensar estos temas desde un enfoque comunitario, pero centrándose también en este dolor. (Tesania, A)

Acorde con lo señalado por Tesania, los temas que ha favorecido la PCC han sido principalmente la afectación, el dolor, la tristeza, la muerte y la violencia mientras que, en la PSC, con una mirada más en lo público, han sido la organización social y el fortalecimiento de redes. En consecuencia, la primera trabaja con las personas aquejadas por estas problemáticas, en tanto que, la segunda lo hace con líderes/lideresas y gobiernos locales.

Si bien estoy de acuerdo con la existencia de dos focos diferenciados que han dado lugar a la propuesta de la PSC y PCC, me pregunto el porqué de la diferencia temporal del surgimiento de ambas que señala Tesania, pues en esas situaciones de inequidad, injusticia y violencia propias de estos regímenes políticos están presentes estos niveles de afectación. Es decir, las circunstancias sociales y la afectación en las personas producto de estas se dan a la par y no, una primero, y la otra después.

Así, el sufrimiento ha estado presente durante los procesos de violencia política, pero tal vez estos mismos regímenes no han permitido atenderlo, por lo cual ha emergido posteriormente este espacio natural de trabajo para los/as clínicos/as comunitarios/as, de atención a las víctimas de violencia política que ha mencionado Tesania.

Ahora bien, desde un punto de vista disciplinar vale la pena preguntarse: ¿por qué se ha invisibilizado esta relación entre atender las situaciones de injusticia social y el sufrimiento generado en las personas producto de ellas?, tal vez obedece a los límites

marcados de las disciplinas o campos de acción y la visión hegemónica de la psicología, que rechazaba lo social como un tema propio sobre el cual intervenir y negaba la posibilidad de que la clínica incorporase esta dimensión. Martín Baró (1984, 1988), coloca sobre el tapete la importancia de atender este sufrimiento generado producto de la violencia política, incorporando la noción de trauma social, que retomaré más adelante.

Una estudiante de PCC de la UCAB plantea que en ambas (PSC y PCC) está presente el “*tema del empoderamiento, de las conexiones, de la comunicación*”, pero alude a que cada una le da un énfasis diferente:

lo social [...] introduce más la visión del estudio de comportamiento en el grupo, mientras que lo clínico [...] considera lo patológico individual, [...] que también está conectado con el contexto, pero también es sobre cuadros clínicos, es una herramienta que se obtiene de lo clínico. (E, UCAB)

Dos estudiantes de la UCAB coinciden con esta diferencia, aunque como expresa uno de ellos, se incluye al contexto: “*Un clínico comunitario tiene en cuenta el contexto, pero termina interviniendo en el proceso individual, y el social comunitario, termina interviniendo en el proceso grupal*” (E, UCAB).

Otra estudiante introduce una perspectiva diferente al colocar como objeto de ambas a la comunidad, donde lo social entiende la forma y lo clínico, la dinámica interna de dicho proceso: “*Yo estoy confundida, pero creo que en lo social comunitario sería más bien entender cómo se organiza la comunidad, y en lo clínico, es cómo funciona, o por qué se da esa dinámica en particular en esa comunidad*” (E, UCAB).

Tesania comenta como la PCC y la PSC tienen más en común que diferencias, más allá de su especificidad, se albergan bajo un mismo marco, “un gran paragua” que es la Psicología Comunitaria latinoamericana, compartiendo los mismos principios éticos y políticos; ambas refieren al trabajo en red, al fortalecimiento comunitario, al sentido de comunidad, a los saberes locales, a la participación, al diálogo, la escucha.

Pueden incorporarse, por eso es que yo creo que en realidad no son polarizables, más bien son como dos dimensiones dentro de un mismo paraguas, porque sus principios y la ética son exactamente los mismos, la idea del conocimiento, la idea del diálogo, la idea de la escucha. (Tesania, A)

Agustín coincide con la idea de que, “la perspectiva comunitaria es la más central, incluso más que la salud mental comunitaria, que sería una expresión específica cuando se habla de la salud mental desde una perspectiva psicosocial comunitaria de cualquier fenómeno.” (Agustín, A). Según él, esta perspectiva es una

...comprensión general de cualquier situación o fenómeno social, lo comunitario ni siquiera se refiere a un trabajo al interior de algo que pudiera ser llamado como comunidad territorial, sino que básicamente tiene que ver con la manera, con la forma de trabajo. Una explicación psicosocial tiene una manera de trabajo que es comunitaria, que además insisto que es una forma transversal, una premisa, un punto de observación, una manera de inserción a lo social en general y no solamente a la salud mental, tiene que ver fundamentalmente con la construcción de vínculo, en el fondo la creación de condiciones para que las personas puedan efectivamente participar. Para mí eso es como lo comunitario, no tiene que ver con el trabajo en un territorio específico. (Agustín, A)

Teresita suma unos nuevos elementos en común entre la PCC y la PSC, aludiendo a ese encuentro como algo que potencia lo “social comunitario”:

...como que agarra más fuerza eso social comunitario, al encontrar en otra área de la psicología principios que le son comunes, como por ejemplo, la importancia en la construcción social, la importancia del respeto a la diversidad, la importancia del diálogo, la importancia del valor de las personas, toda esta promoción clínica, colaborativa y narrativa, y la importancia de la historia, la importancia del proceso, la importancia de que no son cosas acabadas, sino que uno forma parte de un proceso y que hay que ubicarse en ese proceso y que hay un antes, una historia y un después que va a venir. (Teresita, A)

Y esa visión yo diría que es más abstracta o más general al ámbito de lo que se podría llamar la salud mental, o lo clínico comunitario, o la salud mental comunitaria, sino que más bien da una perspectiva aplicable en cualquier problema social, estamos trabajando con la delincuencia, estamos hablando con niños vulnerados, con maltratadores, alcohólicos, drogas, en el fondo la idea más bien es considerar la relación entre sujeto y contexto, que es más propia de una visión o una teoría, podríamos decir, psicosocial de los fenómenos sociales, como una manera de mirar los problemas sociales o fenómenos sociales. (Agustín, A)

Llama la atención como la diferencia más clara que muestran los/as estudiantes, tiene que ver con la brecha tradicional entre lo clínico y lo social, referida a que la atención se centra en la individualidad o el colectivo, respectivamente, lo cual ya ha sido descrito por los/as autores en el marco referencial. Por su parte, una de las

académicas explícita que existe diferencia en el énfasis de sus temáticas y, en consecuencia, de los/as actores con los que trabaja.

Finalmente, todos/as los que participan en este apartado se inclinan por mostrar los aspectos de base que tienen en común, es decir, que comparten principios y nociones, y algunos/as consideran que ello se debe a que forman parte de un marco más amplio como lo es la psicología comunitaria, cuyo centro para uno de ellos es la “construcción de vínculos”.

1.2.2. Psicología Clínica-Comunitaria vs. Psicología Clínica “Tradicional” (PCI)

En primer lugar, quisiera aclarar que la mayoría de los/as entrevistados/as al referirse a la psicología clínica, de la que ellos se distancian, suelen colocarle un calificativo que remite a la corriente original y podríamos decir más radical, así la denominan “pura”, “clásica” o “tradicional”. En el texto, yo emplearé el adjetivo “tradicional”, pero mantendré en las citas o discurso de las personas entrevistadas la terminología que ellos/as empleen.

Al contrario de lo que ha ocurrido al vincular la PCC con la PSC, al conectar la PCC con la PCI, el énfasis de la comparación se centra en las diferencias y la oposición, tal vez por ello, estos/as profesionales suelen separarse de su disciplina de origen, al menos en su versión “tradicional”. Esta discriminación la ubican en tres aspectos: la dimensión individual vs. colectiva, las ideas hegemónicas vs. las cuestionadoras y el espacio empleado para el trabajo.

Para Tesania y Teresita, el foco de la Psicología Clínica es lo individual y el mundo interno, los pensamientos y los afectos, *“del diálogo con lo que está mal”* (Tesania, A) en búsqueda del bienestar; aun cuando se trabaje con un colectivo, se centrará en las personas en el aquí y el ahora. En cambio, el núcleo de la Psicología Comunitaria (refieren a la PCC, aludiendo a ella como Psicología Comunitaria) es el grupo o colectivo, *“lo comunitario, en términos de relaciones sociales del colectivo”* (Tesania, A), enmarcado en determinadas condiciones o situaciones concretas de la realidad, en contextos psicosociales, comunitarios y socioculturales.

Esa mirada centrada en el individuo en la PCI es, para algunos/as entrevistados/as, patologizante, centrada en el problema y la enfermedad, convirtiendo a la persona de cierta forma en un ser pasivo; en contraposición a la mirada de la PCo, cuyo énfasis está en los recursos y habilidades de las personas, dándole un rol de agencia a éstas. *“La mirada clínica individualizada, patologizante, que a veces coloca en un rol pasivo al recipiente de la ayuda”* (Manuel, A).

A esto sumaría, el uso del lenguaje que condiciona ese rol de las personas de “recipiente” y de “ayuda” tal como se menciona en la anterior cita, otorgando a las personas un lugar de repositorio y de beneficiario, desde la denominación clásica de “paciente” proveniente del modelo biomédico, en el que tal cómo revisamos en el marco referencial, coloca a la persona a merced de la enfermedad que le invade y dependiente del conocimiento del profesional para poder “curarse”. (Montero, 2010)

En la PCC, adicional a la atención, propia de la PCI, se hace promoción y prevención (Tesania). Esta colaboradora no sólo indica los elementos diferentes, sino

que, muestra, cómo alguno de estos elementos de una de las perspectivas dificulta la posibilidad de ver lo propio de la otra. De manera más clara en sus propias palabras:

...el énfasis en lo comunitario no va a estar en el problema y en la patología, sino más bien en los recursos, en la agencia, en las habilidades, en lo que se puede hacer para salir adelante, en las propias capacidades de las personas que a veces se invisibilizan por creer justamente en lo que está mal. Entonces es justamente lo opuesto, tanto lo opuesto a lo individual como lo opuesto a lo patológico, entonces en ese sentido sí hay una diferencia entre lo comunitario y lo clínico. (Tesania, A)

Desde una visión más paradigmática, Manuel alude al sentido de la ética y la política que da a la PCC un carácter problematizador, que cuestiona el poder, a diferencia de lo que ocurría desde una “clínica pura”, que no se había planteado estas preguntas. Esta apuesta política es aludida por Pedro, al mencionar el compromiso de la PCC con grupos en muy alta vulnerabilidad, más allá del individuo concreto, considerado por la clínica tradicional:

Ese es el primer elemento más evidente, a mi entender, que incluye ese ámbito, el hecho de que existen diferentes modos tanto de sufrimiento como de compromiso, de bienestar, intersecciones con salud que involucran grupos que van más allá, fenómenos que van más allá del individuo concreto como ha sido la clínica tradicional y como ha sido su dispositivo teórico, técnico y metateórico, y que involucra además otros elementos que creo que la conecta de forma evidente con la tradición de la psicología social comunitaria, que es que se trata también frecuentemente de grupos que se encuentran en condiciones de muy alta vulnerabilidad. (Pedro, A)

... ahí la salud mental aparece como un elemento que no está ligado necesariamente a las categorías psicológicas clásicas, sino que es netamente un tema de la relación o cómo se juega la relación de sujeto en contexto, o sujeto en situación. (Agustín, A)

Desde mi perspectiva, de lo que me ha pasado en mi experiencia, es que en lo comunitario se va más desde lo macro, como ir encontrando desde el presente todas esas problemáticas como resultados, y empezar a explorar muchas causas, pero desde lo macro a lo micro que sería el individuo, y siento que en la parte clínica, solo clínica, es más directiva, porque va más directamente al individuo, a la persona, a la búsqueda de por qué sucedió, o por qué la problemática, o conflicto, o malestar de la persona, pero más que todo, enfocándose en la persona. (E, UCAB)

El tema del encuadre, el incluir el contexto y la importancia del contexto, que lo tiene la clínica comunitaria, lo que decía un poco Nuria, creo que en la clínica tienes mucho como el diagnóstico, el encasillar, el delimitar mucho lo que está sucediendo, cuando en la clínica comunitaria puede ser más abierto, sin dejar de tener el ojo clínico, pero menos encasillador. (E, UCAB)

Los discursos muestran aspectos primordialmente diferenciadores entre estos dos campos, aludiendo a elementos de carácter paradigmático que colocan a la PCC como una perspectiva crítica que enfatiza lo ético y lo político llevándola a una acción centrada más en los recursos y por tanto en la prevención y la promoción. En contraposición la PCI tradicional, se focaliza en lo patológico, dando un lugar más pasivo a las personas con las que trabaja y, por tanto, vislumbrando relaciones de poder.

Estos énfasis conducirán a formas distintas de aproximación con estrategias particulares para ello.

1.2.3. La PCC: Integración entre la PCI y la PSC

Equivocadamente, en la formación académica se tiende a exhibirlas como opuestas (se refiere a la psicología clínica y la psicología comunitaria), en tanto la primera abordaría fenómenos de naturaleza psíquica y relacional próxima y la psicología comunitaria se encargaría del espectro grupal y de interacciones en situaciones colectivas. Esta aparente escisión ha generado una visión parcelada de la unicidad del sujeto social, como si el padecimiento psicológico y social poseyera la cualidad de ser fragmentado para su estudio. [...]Una respuesta a esta aparente escisión inventada es asumir que siempre, en algún nivel relacional-vincular, estamos trabajando con personas y que la relación es siempre emoción. (Valenzuela Contreras, 2015, p. 17)

Por otro lado,

...quienes hacemos psicología desde la perspectiva social, a nuestra vez habríamos evitado el encuentro a solas, en el consultorio, con seres humanos concretos y singulares, en relación a su sufrimiento cotidiano, sin duda porque se privilegió lo colectivo, pero también –y esto no es menos importante- porque no existe una teoría psicosocial de la clínica que pueda ser ofrecida a esos individuos para enfrentar sus dificultades vitales. (Ardans, 2002 como se citó en Montero, 2010, p. 210)

En los puntos precedentes se puede apreciar la manera como la PCC es considerada en la relación con la PSC/PCo y la PCI, más allá de eso la PCC debe encontrar su ruta propia desde estas, sus dos disciplinas originarias. En ese sentido,

surge la interrogante de cómo integrar el giro comunitario a la clínica y viceversa para dar lugar a una nueva vía de hacer, entender e intervenir (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Tal como lo expresa una estudiante de PCC de la UCAB, no resulta sencillo: *“me ha costado ver un poco el contexto de la psicología clínica comunitaria, [...] ver la parte clínica dentro de lo comunitario, [...] es difícil integrar estos conceptos, [...] la concepción de lo que es la clínica comunitaria como tal....”*

De acuerdo a lo mencionado en el marco referencial, en el sentido de los encuentros y entrecruzamientos de estos dos campos en su constitución, surge el preguntarse si se tratará de integración o tal vez de articulación (Parra, 2016).

En este momento, a partir de las reflexiones que me han suscitado los y las colaboradores/as del estudio, creo es pertinente denominarlo diálogo en tensión, en el cual los/as académicos/as y/o profesionales colocamos los énfasis o reivindicaciones acorde con nuestra formación o los sesgos de nuestras interpretaciones y experiencias. Diálogo que nos conduce a establecer acuerdos y consensos no taxativos, aunque sí orientadores, para lo cual nos pueden ayudar, a mi modo de ver, tres premisas:

- 1) Como punto de partida debemos recordar que estamos aludiendo a dos áreas o ramas de una misma disciplina, la Psicología, si se ubica la subjetividad, en tanto configuración compleja como su objeto de estudio (González Rey, 2002).
- 2) Ello nos conduce a dar cabida a la visión inter e intradisciplinar de la PCC.

- 3) La disposición de los/as profesionales al intercambio, diálogo y construcción en la relación con los otros, lo cual, desde mi experiencia, es un lugar común entre quienes, por ejemplo, nos interesamos por este campo de la PCC, aunque hayamos tenido espacios de formación distintos en los que se nos indujera a la polarización de lo clínico y lo comunitario, y la forma de hacer praxis y construir conocimiento nos haya distanciado de ello.

Así, Teresita plantea que la PCC trabaja con ambos énfasis (clínico y comunitario), en un “*ir y venir*”, lo que hace que su trabajo tenga un enfoque también de promoción e incidencia política:

...desde la clínica comunitaria yo siento que es un ir y venir, desde el trabajo con personas en concreto con situaciones en concreto de ellas, pero a la vez regresas a la reflexión, a la tensión, a la sugerencia, a la promoción de cosas que puedan incidir a otro nivel. (Teresita, A)

En palabras de Manuel,

...dentro de la clínica comunitaria puede haber enfoques más cara a cara, o individuales, pero también caben todos los enfoques más colectivos, es decir, los procesos de concientización, los procesos de fortalecimiento son procesos que están más del lado de la psicología comunitaria, pero se entrelazan en el sentido que pueden ser útil. (Manuel, A)

Al final la psicología clínica comunitaria, agarra un poquito del contexto, de la situación cotidiana de esa persona, involucrarse más allá, pero sin olvidar esa individualidad, y también es un poco patológica o que puede incluir el

concepto individual que pudiesen de alguna manera proyectar o interferir en la comunidad. (E, UCAB)

Con lo comunitario, tenemos una aproximación adicional, diferente a la patología, ya no es solamente que se cumplan ciertos criterios, sino entender cómo el contexto, cómo la comunidad influye o, de alguna manera, puede determinar el desarrollo de una determinada patología en una población en específico. (E, UCAB)

Por su parte, un estudiante de la MPC en Lima cuestiona la inclusión de lo patológico:

Entiendo la clínica comunitaria en relación a no solo dar esa mirada de las patologías sino otra mirada que son las fortalezas y capacidades de la comunidad, pero a eso añadiría también que tiene que ir en paralelo lo social comunitario, en realidad lo contextual influye demasiado en cómo las personas puedan entender su propio bienestar personal, familiar y en relación a lo contextual. [...] es una interacción entre todos, y lo contextual no solo es lo referido a lo ambiental porque lo contextual está en todos los procesos: está el marco normativo en que vivimos, está la política en que vivimos, están los procesos sociales y conflictos que podamos tener, están los medios de comunicación. Creo que todo eso influye en la salud mental de las personas, más todo lo que vive en su casa, con su pareja, en su vida personal, su vida sentimental, sus propios problemas personales que pueda tener. Todo ese conglomerado tendría que ser entendido desde, no sé si hay algo que lo pueda explicar, desde la psicología social clínica comunitaria, algo que nos ayude a entender todo eso. (E, PUCP Lima)

Es interesante como este estudiante introduce un nuevo nombre que más que separar incorpora necesariamente a las dos disciplinas de origen de la PCC: “*psicología social clínica comunitaria*” para dar cuenta de la complejidad de la salud mental y por lo tanto de su comprensión y abordaje. De manera similar, uno de sus compañeros de la MPC reafirma la imposibilidad de la separación, pero en este caso, lo engloba como psicología comunitaria e incluye otras disciplinas:

Es difícil fragmentarlo. Una de las cosas que me hizo entender la psicología comunitaria es que no se puede fragmentar. En realidad, no puedes fragmentar lo psicológico de lo social, de lo antropológico, de lo filosófico, de lo educacional. (E, PUCP Lima)

Teresita, al pensar en la PCC en relación con la PCl y la PCo, expone:

Otro punto, eso sí lo veo desde la clínica, desde las dos cosas más importantes, uno no es pensar en un consultorio, no es pensar en una atención individual y no es pensar desde una posición hegemónica de expertos, de patologizante y todo eso, no, sino que retoma entonces (refiere a la PCC) los principios de la psicología comunitaria, donde aprecias la diversidad, donde asumes una posición más horizontal, donde piensas en el fortalecimiento del recurso, tratas de trabajar con los recursos de la persona y no tratando de encontrar cuál es el problema y señalándole a la persona el problema. (Teresita, A)

Esta psicóloga, enfatiza este paso de la búsqueda del “bien personal” al “bien común”, ya que:

...una de las cosas que más definirían esta cuestión de la clínica comunitaria, donde te dejas de ver exclusivamente a ti y a tus circunstancias, para verte a ti

en relación con el otro y con el otro [...] en donde ya no apuestas por lo que es una terapia o una atención individual, sino que es una atención grupal o incluso colectiva comunitaria [...] porque esta cuestión de la búsqueda del bien común siempre está presente. (Teresita, A)

En ese sentido, Javier comenta que la atención se trata, “*no solamente en esperar a que el paciente llegue al consultorio, sino tú irlo a buscar, lo que viene a ser la promoción y la prevención no es solamente en un consultorio, sino a la población como un grupo mayor*” (Javier, P).

En consecuencia, se pasa de una posición hegemónica de experto/a a una más horizontal, que lleva a repensar el escenario de trabajo y la manera como te relacionas con el otro.

Lo que yo pienso es que desde una posición tradicional te dirían esta posición donde tú eres el experto, porque, aunque tengas ciertos principios de construcción social, por ejemplo, si estás más parado desde aquí (posición tradicional), te diría sí hay que construir, pero yo soy el que ayuda a construir, pero, en cambio, si estás parado desde aquí (PCC), es por supuesto construimos juntos, estás hablando del mismo principio, pero no necesariamente es interpretado de la misma manera. (Teresita, A)

Tal como expresa Manuel (A), “*creo que uno de los aportes centrales de la mirada comunitaria son los cuestionamientos al lugar del experto y la búsqueda de la construcción, de un fortalecimiento del otro como participante activo en la solución de sus problemas*”.

Desde sus comentarios, Teresita al igual que todos/as los/as entrevistados/as plantean que para hacer PCC hay que alejarse de la concepción tradicional, de esta manera es posible incorporar miradas, formas y herramientas para trabajar clínicamente en contextos comunitarios desde una perspectiva latinoamericana, como son por ejemplo, los equipos reflexivos, propuestos desde un enfoque posmoderno colaborativo, *“que un psicólogo tal vez socio-comunitario no utilizaría, utilizaría procesos de reflexión, promover la reflexión, pero no con la técnica de equipos reflexivos”* (Teresita, A).

En tal sentido, para Teresita en la medida en que el clínico se va alejando de la visión tradicional, entrando, por ejemplo, en el segundo orden de la terapia sistémica, puede ir integrando una visión clínica comunitaria sin sentir que traiciona los principios de la clínica.

Tesania (A) apunta, en la misma línea, que *“a nivel metodológico hay algunas herramientas que quizás vienen de una formación más clínica que hemos podido ahora incorporar al trabajo comunitario y donde rompemos también, a su vez, con el modelo clásico clínico”*, por ejemplo, el uso de estrategias terapéuticas, en trabajos de grupo.

De esta manera, como plantea Manuel, lo importante es cuestionar la perspectiva individualizadora e incluir el enfoque de contexto y comunidad:

Tú estando trabajando con una persona no tienes por qué perder el enfoque de la comunidad y el contexto, y que esa es otra manera de hacer psicoterapia o es una manera de hacer psicoterapia que está tratando de no perder de vista

esa dimensión que te cuestiona la perspectiva comunitaria: la mirada muy individualizada. (Manuel, A)

Se requiere una visión más contextual que da cuenta de comprensión más integral de la subjetividad y es justo allí donde es posible integrar lo clínico y lo comunitario (Valenzuela Contreras, 2015, p.25-26).

En concordancia con ello, Agustín afirma que *“lo Clínico Comunitario implica que, en el abordaje de lo clínico, propone componentes de intervención social”*, lo cual ejemplifica a través de un caso presente en una de sus intervenciones con una mujer embarazada con problemas de adicción, donde:

...el consumo de drogas viene a ser la última lápida que le cae de una serie de exclusiones que son más bien macro, y la han desconectado de derechos sociales como la educación de ella, o de sus hijos, del acceso a la vivienda, del acceso al trabajo, y por lo tanto la intervención no es céntrica, sino que intenta reconectar con derechos sociales, por tanto el trabajo que yo vi allí, y lo asimilo con la idea de clínica comunitaria, es que, finalmente, el equipo busca vincular a dispositivos, incluso que no son sanitarios, como por ejemplo educación, vivienda, oficinas de trabajo. (Agustín, A)

En este mismo orden de ideas, César llama la atención sobre lo importante que es cambiar la perspectiva tradicional del encuadre, enriquecida desde lo comunitario, cuestionando por qué la base de este tiene que ser material (hora, lugar, espacio) si de lo que se trata es de un *“proceso mental [...] que permite la dinámica”* (César, A). Esto lo considera como un aporte de la PSC.

Me resulta interesante precisar a modo de recuento algunos de los elementos resaltantes de las palabras de los/as colaboradores/as. El primero de ellos tiene que ver con cómo en esta apuesta clínica-comunitaria se va del trabajo concreto a la reflexión, al estilo del principio de acción-reflexión-acción, a la vez que se incorpora la diversidad de alternativas de abordaje desde las más individuales hasta las más colectivas.

Por otra parte, lo patológico, que de entrada nos conduce siempre a pensar en el modelo biologicista, es aquí rescatado para ser resignificado a la par que cuestionado; así, se lo considera vinculado a lo contextual, planteando como ciertas condiciones sociales y estructurales pueden generar ciertas patologías y cómo estas pueden en la misma medida producir efectos en la vida comunitaria. De igual manera, se deja claro que es necesario trascenderlo, a la vez que se incorporan los recursos y potencialidades.

Un par de nociones más se traslucen en este diálogo, la de “bien común” como orientador de la labor clínica-comunitaria y la dimensión del contexto desde una perspectiva ampliada y compleja relacionada con la salud mental, la cual incorpora los aspectos políticos y estructurales, los medios de comunicación, los aspectos comunitarios incluyendo lo conflictivo y lo que corresponde a los ámbitos familiar y personal. Todo ello acompañado de una mirada relacional y horizontal entre los/as involucrados/as en el proceso.

Así, pensar en las diferencias y semejanzas entre los enfoques clínico y comunitario es también mirar las interinfluencias entre estos y entender las oportunidades que ofrece ponerlos en diálogo, más allá de que ello implique enfocarlos de diversas maneras. Un buen ejercicio para razonar al respecto lo ofrecen las

problemáticas concretas con las que se trabaja, las cuales tal como sugiere Manuel, pueden estar más cercanas a la clínica o a la comunitaria, mientras que otras te obligan a considerar necesariamente ambas, e incluso otras dimensiones, tal es el caso de la discapacidad que amerita la concurrencia de distintas miradas:

...el tema de la discapacidad es muy interesante en general, porque te obliga a estar en las dos cosas continuamente, la discapacidad pasa por lo médico y lo físico, y pasa por lo familiar y todo el sistema familiar, y todo el tema institucional [...] y eso tiene un sentido, pero además puedes necesitar desarrollar leyes, desarrollar concientización, desarrollar fortalecimiento de la comunidad para que tenga su propia voz sobre los problemas de aquellos que sufren de discapacidad [...] aquí lo que estás tratando de hacer teniendo que esas dos miradas (clínica y comunitaria) te obligan a no perder de vista las varias dimensiones del problema. (Manuel, A)

En definitiva, las y los entrevistados, se inclinan por una perspectiva flexible que favorezca la complementación de elementos clínicos y psicosociales comunitarios, que para algunos es explícitamente conducente a la PCC. Se trata de asumir que aún cuando estos enfoques puedan dar respuesta a algunas problemáticas, “...a la larga tiendo a pensar que esos dos extremos se beneficiarían por poder tener una mirada desde las dos cosas” (Manuel, A). César (A), comenta que, “Lo social y clínico siempre están articulados”.

1.2.4. Psicología Clínica-Comunitaria vs. Modelo de Salud Mental Comunitaria

En este caso en particular, es necesario poder clarificar a qué estamos aludiendo con SMC, porque al menos en mi grupo de entrevistados/as, existen dos versiones

claramente distintas. Tal como menciona Pedro, al hablar de SMC, a veces “*asumimos un consenso cuando realmente es mucho más porosa que lo que estamos entendiendo*”.

Así, por un lado, está la mención al enfoque de EE.UU., que surge en los 70’ dentro de la tradición de la PCo, mientras que, por otro lado, está el modelo que emerge del movimiento de desmanicomialización, de la antipsiquiatría, que cobra fuerza en diferentes países latinoamericanos; ambos coinciden con la literatura, por lo cual ya han sido explicados en el marco referencial, acá remitiré a lo planteado por los y las colaboradores/as del estudio.

Pedro señala estas dos vertientes, por un lado, “*...desde el inicio siempre ha sido una disposición del pensamiento anglosajón, en concreto Estados Unidos, siempre ha pensado la salud mental comunitaria como una dimensión que es mucho más obvia para ellos que para nosotros en América Latina*”. Por otro lado, está el modelo de carácter institucional, sensible al paciente, con prescripción de políticas públicas que incluye la promoción de salud. Respecto a este último, Manuel expresa:

Salud Mental Comunitaria creo entender que se refiere mucho a estos Modelos que tratan de pensar la enfermedad mental, ya sea que la llames enfermedad mental o no, las personas que tienen sufrimientos psiquiátricos más graves con atención que no es individualizada, sino que trata de pensar en el contexto y la comunidad. (Manuel, A)

Marcela considera que se ha identificado con el modelo de SMC justamente porque la atención desde la clínica comunitaria (que asocia con la clínica tradicional)

no le servía para pensar la práctica. Ello le favorecía, además, pues se adecuaba a su historia profesional con gran énfasis en la gestión pública.

En relación al primero, Teresita alude a que para ellos/as (los/as mexicanos/as) el modelo de SMC es el norteamericano, y a pesar de la cercanía de México a EE.UU., ellos/as no han asumido esta perspectiva sino la de la PCo latinoamericana, pues consideran que la tradición de Estados Unidos apunta más a *“hacer el trabajo en una unidad de salud, con una bata clínica, en donde vas a trabajar, no con una persona sino con varias, pero dando un taller y es de prevención, no de intervención y mucho menos de promoción”* (Teresita, A).

Entonces a nosotros el hablar de salud mental comunitaria no nos ayuda, porque nos encierra dentro de una lógica de un modelo que, además, tiene ya unos principios creados muy claros que sí puede ser que sea un antecedente de la psicología clínica comunitaria como un elemento histórico, pero que no tiene nada que ver con lo que estamos pensando que es la clínica comunitaria hoy por hoy. (Teresita, A)

Agustín concuerda con que la tradición anglosajona entiende la PCC:

...fundamentalmente ligado a prácticas de trabajo e intervención que están orientadas al trabajo en una perspectiva podríamos decir ecológica, contextual, pero fundamentalmente con respecto a trastornos psiquiátricos severos, lo que llaman ‘severas enfermedades mentales [...] el recovery, todas esas cuestiones que tienen que ver fundamentalmente con esquizofrenia o psicosis, y subordinan, o lo ven digamos como una cosa posterior o no relevante en la conceptualización del problema, a lo comunitario. (Agustín, A).

Continuando con Agustín, si bien tiene clara esta visión anglosajona, no le es sencillo establecer el vínculo entre la PCC y la SMC, supone que el principal aspecto diferencial es que la SMC “*no requiere elementos clínicos, es pura promoción*”.

...la salud mental comunitaria yo diría que está más bien ligado al trabajo comunitario clásico, en este caso en salud, al trabajo en organizaciones, trabajo de promoción [...] yo creo que ese sería como el límite, no desde el punto de vista de lo discontinuo, sino en el fondo serían como texturas, como graduaciones del trabajo. (Agustín, A)

Tesania coincide con esta mirada, afirmando que SMC en Latinoamérica es diferente al enfoque de EE.UU., pues en particular en el Perú,

[el modelo de Estados Unidos] no es el primero que venga a mi mente. Ahora, sí creo que de alguna manera estuvo presente en los primeros momentos de la concepción, hemos leído el modelo comunitario que se desarrolló en los Estados Unidos en la época de los 70', pero nosotros no hemos construido el trabajo comunitario desde ahí, sino desde la psicología comunitaria latinoamericana, entonces ese es el marco y desde ahí hemos derivado nuestro equipo comunitario. (Tesania, A)

De la misma manera, en el Perú, desde lo que argumenta Tesania, SMC es lo mismo que PCC; sin embargo, se ha reemplazado la palabra psicología clínica por SMC, especialmente por razones políticas. Esto lo menciona en diferentes momentos:

No nos dejan, yo creo que es todavía una discusión que no hemos dado, por que pasa por el tema político y pasa por el tema de políticas públicas, entonces a nivel de políticas públicas lo clínico comunitario no va a entrar, mientras que la salud mental comunitaria sí va a entrar.

[...] entonces hay psiquiatras que hacen comunitaria, y si tú le pones psicología clínica comunitaria los dejas fuera. Y en este país tiene mucho más poder, entonces constantemente va a reivindicar que lo que se hace es salud mental, y lo que quieren es sacar la palabra psicología clínica porque no corresponde a una disciplina, a un profesional, sino que tú puedes hacer clínica comunitaria sin ser psicólogo.

[...] un enfermero que trabaja en una comunidad puede hacer salud mental comunitaria con las personas que vienen y puede desarrollar programas y puede hacer acciones, entonces salud mental comunitaria es un término que es mucho más representativo de la realidad de nuestro país donde hay muy pocos psicólogos y donde más bien son otros profesionales de la salud quienes hacen trabajo comunitario en salud mental. Entonces tenemos que encontrar la mejor manera de consensuar y convocar, y eso fue salud mental comunitaria. (Tesania, A)

La mirada antes descrita es coherente con el discurso académico, mostrado en las publicaciones. Frente a ello, por su parte, otros/as profesionales peruanos/as cuya labor no es académica se posicionan desde la SMC, tal es el caso de Carlos, quien se distancia de la PCC, por considerar que esta sigue siendo una modalidad de la psicología clínica, un eslabón en la búsqueda de los psicólogos clínicos para dar respuesta a problemáticas con raíces psicosociales, como lo es el Conflicto Armado en el Perú, pero que aún es necesario trascender hacia un modelo más amplio como lo es la SMC.

La diferencia principal es que a nosotros nos parece que la salud mental comunitaria implica diferentes dimensiones que exceden lo netamente clínico

[...] no quita que también haya una dimensión clínica, pero también entra una dimensión de incidencia, de políticas públicas, de fortalecimiento de grupos, y de percepciones, entra en la influencia sobre autoridades, inclusive con aspectos que tienen que ver con generar corrientes de opinión dentro de la comunidad como para que fuercen a que se hablen determinadas cosas que de otra manera no se harían, excede ya el ámbito clínico, y por eso es que el término clínico nos queda un poco corto, es decir un clínico no debería hacer este tipo de acciones no necesariamente. (Carlos, P)

De esta manera, el entrevistado marca el lugar de la SMC en la incidencia en el ámbito público a nivel de los grupos y comunidades y, en especial, de las autoridades para que se generen políticas públicas que garanticen trabajar en estas problemáticas, lo cual no le correspondería necesariamente hacer a un clínico, quien está más centrado en la atención individual o grupal a personas con problemas psicosociales con determinado tipo de enfoque o con un abordaje terapéutico.

En este sentido, Carlos contempla que el clínico puede formar parte del equipo de programas desde la perspectiva de SMC, pero no puede ser cualquier clínico, pues debe incluir otros aspectos que implican el enfoque psicosocial, no sólo lo clínico.

En la institución hay clínicos que solamente les gusta hacer clínica y la institución tiene que ser tolerante en las diferencias entre sus miembros, si la persona quiere hacer clínica, está bien que haga clínica, sabiendo que esta institución tiene un enfoque psicosocial y no necesariamente va a ser un trabajo comunitario, pero si va a entender que no solamente se atiende la parte de clínica sino que individualmente los otros aspectos, eso es un poco lo mínimo que esperamos de un clínico, no es cualquier clínico, no es nada más clínica. (Carlos, P)

Vale la pena mostrar el relato que hace Carlos de cómo la organización no gubernamental que coordina transitó desde el psicoanálisis a la SMC, producto de los proyectos que les tocó asumir post CAI, partiendo de una mirada que, centrada en lo individual, fragmentaba la intervención por tipos de usuarios hasta comenzar a vislumbrar la relación entre los diferentes grupos:

Ha sido toda una transición porque nuestro enfoque inicial ha sido el psicoanálisis desde el consultorio, la psicoterapia psicoanalítica, pero en un momento dado particular, que era un momento en el que estábamos teniendo el conflicto armado interno [...] entramos a un proceso de reparación, entonces ahí es cuando la institución [...] ha de incorporar cosas de derechos humanos e incorpora esta visión psicosocial, a partir de ahí se reformulan estos aspectos clínicos y se proyecta no solamente hacia la clínica sino también hacia la parte de salud mental comunitaria. (Carlos, P)

...un punto intermedio en esta transición [...], decidimos primero un equipo para trabajar con los niños y otro equipo intervenía con las promotoras por separado [...]. No tuvimos una visión de conjunto de la comunidad, hubo muchos problemas porque las promotoras se hicieron muy celosas en términos de cómo trabajaban con los niños su encuadre y viceversa; se generó mucha tensión entre las promotoras y el equipo clínico [...], pero digamos lo clínico funcionaba, pero a ratos aparecían focos de conflictos con las promotoras o ciertos manejos con los niños. A nivel más clínico uno tiene mayor dominio a decir que el grupo va a ser cerrado con un grupo de niños y con ellos trabajas, pero aquí era abierto, entonces podía entrar el que quería, entraban un par de adolescentes, [...] o sea había una necesidad de tratar de manejar situaciones complicadas en cuanto al encuadre y mucho a partir de empatía y de ir viendo qué funciona y qué no funciona dentro de lo que se podía trabajar. (Carlos, P)

El proceso planteado por Carlos ha sido detallado en el apartado de experiencias desde la PCC; no obstante, acá nos permite, desde su mirada, entender el proceso de transición hacia la concepción del modelo de SMC y las razones para distanciarse de la PCC, la cual, tal como ocurre con Marcela, asocian a la perspectiva más clásica de la clínica y prefieren no arriesgarse a quedarse en esa visión en pro de generar avances en sus proyectos.

Lo anterior, cobra sentido en lo que Pedro aprecia respecto de que, *“una parte de la clínica está dentro de la salud mental comunitaria, pero otra parte de la clínica, ha sido totalmente reacia, y de hecho lo niega, lo niega explícitamente”*. En esta conversación con Pedro pudiera pensarse que la SMC puede entenderse como un campo de actuación y la PCC es uno de los rumbos desde el cual se la puede abordar.

Para Manuel, el modelo de SMC es asociado directamente con la desmanicomialización, lo cual valora es un campo de acción importante dentro de la PCC, que *“además es de las cosas que ha producido más reflexiones, pero no reduciría lo que puede hacer la clínica comunitaria a ese campo”* (Manuel, A), por cuanto considera que la SMC si bien es un modelo de vanguardia significativo, está más centrado en la discusión de los procesos de atención de pacientes psiquiátricos.

Agustín concuerda con ello, desde su experiencia en Chile: *“en las conversaciones que tengo con amigos o amigas en la comunidad chilena se habla de Salud Mental Comunitaria [...] ligada al tema particularmente a la reforma psiquiátrica en Chile”*, más centrado en el trabajo con trastornos mentales diferente a lo que sería el abordaje más comunitario.

Las precisiones en torno a las diferencias y similitudes entre la PCC y los modelos de Salud Mental Comunitaria ya fueron planteadas en el marco referencial, por lo cual no las discutiré acá. Estas coinciden con las apreciaciones de los/as colaboradores/as del estudio, lo cual fue necesario indagar para entender si la praxis coincidía con lo teórico.

Queda claro que el modelo norteamericano se distancia de la praxis latinoamericana de la PCC, mientras que el de la desmanicomialización es un camino paralelo a la PCC, con algunos énfasis distintos, pero con miradas semejantes, lo cual hace que pueda priorizarse uno u otro dadas las condiciones de los/as profesionales y el contexto en el que se encuentren.

Tal es el caso del Perú que, cómo he explicado antes, de manera atípica lleva de la mano la PCC y la SMC, y la distinción dependerá de si se piensa más desde una perspectiva académica o desde las políticas públicas. En este marco, el modelo de SMC, como han expresado varios/as de los/as colaboradores/as, se relaciona directamente con la incidencia en las políticas públicas y en el ámbito de acción de los/as profesionales, mientras que la PCC se construye en la academia alimentada de la praxis profesional y desde allí pretende tener incidencia en las políticas públicas.

Finalmente, se puede apreciar en este apartado que los lugares desde los que se identifican o posicionan cada uno de los/as colaboradores/as se reflejan en la manera cómo van interviniendo en la construcción de este discurso, en el que se evidencia cómo la PCC se relaciona con sus disciplinas de origen y otros modelos y, desde allí, la forma en la que se van observando semejanzas, énfasis o particularidades que se

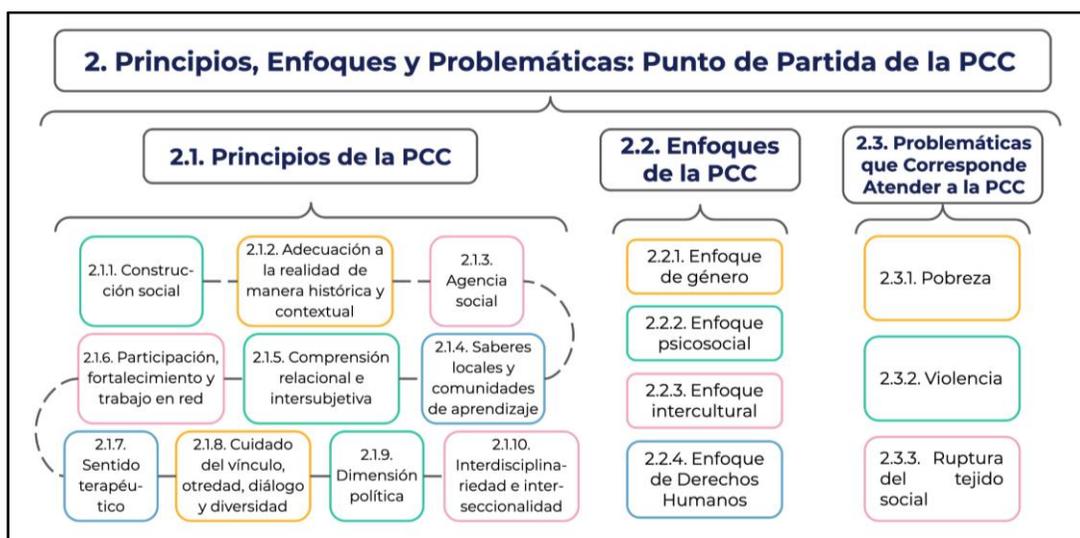
podrán evidenciar con mayor claridad en los puntos que siguen.

En estos iré mostrando los aspectos constitutivos de la PCC, teniendo lo expuesto acá como marco de referencia o contexto para el desarrollo de estos. En este sentido, llama la atención, que a pesar de que estos actores puedan provenir de diferentes disciplinas o modelos, se observa, más que divergencia, una complementariedad en sus propuestas, evidenciándose más bien los énfasis que hace cada uno. Este patrón se puede apreciar en el manejo de los otros temas que presentaré, incluyendo las apreciaciones de las personas de la comunidad, que por no ser de su competencia no fueron incluidas en este tema.

2. Principios, Enfoques y Problemáticas: Punto de Partida de la PCC

Figura 3

Relación entre el tema “Principios, Enfoques y Problemáticas: Punto de Partida de la PCC” y sus subcategorías



En este apartado, discutiré lo que considero constituye el punto de partida de la PCC. Por un lado, los principios y enfoques que la guían y dan las directrices básicas para su accionar. De otro lado, las problemáticas que corresponde atender a la PCC, las cuales son las que dan sentido a la existencia de la misma y a las líneas de trabajo que a partir de allí se plantean los y las profesionales.

2.1. Principios de la PCC

Los principios son aquellos lineamientos que guían la mirada y quehacer de una disciplina, constituyen los fundamentos centrales que orientan el razonamiento y el quehacer de los/as profesionales, en palabras de Moreno (1995) las “marcas guías”.

En este caso precisaré los principios de la PCC, enunciados por los y las entrevistados/as, vinculados al ámbito académico y profesional. Estos principios, en su mayoría, son comunes a los expuestos en la psicología comunitaria y algunos son similares a la psicología clínica, de tal manera que, “*como que agarra más fuerza lo social comunitario al encontrar en otra área de la psicología principios que le son comunes*” (Teresita, A). En todo caso, están presentes elementos de estas dos disciplinas, conjugados de una manera particular:

Yo diría que es más un trabajo colaborativo, que podría ser en ese sentido entendido como clínico, pero que no es el clínico tradicional, porque finalmente retoma la cuestión del diálogo, la cuestión de la diversidad, la cuestión de la voz del otro, la cuestión de muchos de los principios que también serían comunitarios. (Teresita, A)

2.1.1 Construcción social

Teresita refiere a este como un principio, aludiendo a que la realidad es construida por los propios actores/as sociales en su intercambio, a través del discurso. Ello coincide con el postulado central del construccionismo social, que implica que las personas y la realidad se constituyen entre sí, es decir la realidad no es ajena a las interpretaciones que hacemos de ella, por tanto, es relativa y posible de ser construida y deconstruida por las propias personas, valorando así la subjetividad de las personas, los significados compartidos socialmente (Ibañez, 1989, 1994) y su carácter relacional (Gergen, 1996).

2.1.2. Adecuación a la realidad de manera histórica y contextual

Desde su condición política la PCC busca aportar a la realidad, por ello no se trata de elaborar categorías explicativas en torno a la realidad sino más bien categorías comprensivas, que permitan adecuar las intervenciones a la comunidad, desde una perspectiva histórica y contextual. Al respecto, Marcela refiere como en momentos de crisis en su país las personas acudían por situaciones de violencia o desempleo, que de fondo eran el reflejo de una condición de desigualdad social para la cual los/as profesionales no contaban con categorías comprensivas sensibles a esta dimensión social, pues *“una cosa son las categorías de análisis para pensar una problemática y otra cuestión muy distinta diseñar una intervención”* (Marcela, A).

Teresita afirma la importancia de reconocer el contexto en el cual se trabaja y entender la historia como proceso: *“la importancia de la historia, la importancia del*

proceso, la importancia de que no son cosas acabadas no, sino que uno forma parte de un proceso y que hay que ubicarse en ese proceso y que hay un antes una historia y un después que va a venir” (Teresita, A).

Ello se corresponde con lo que Góis (2012) menciona en torno a que el proceso socio-histórico es central en la PCC para poder hacer un abordaje de las personas desde la complejidad. Esto amerita que podamos indagar cuál ha sido el devenir de la comunidad con la que estemos trabajando y el entramado de relaciones que en ella se ha ido construyendo, pues desde allí se pueden entender los procesos actuales, reconstruir, problematizar y resignificar las experiencias de las personas en tanto actores/as comunitarios/as, dando sentido a la dirección de sus acciones actuales de cara al futuro.

Alineado con ello, Carlos valora la potencia de entender lo que pasa en la comunidad y en cada uno de los grupos para desarrollar una intervención de manera adecuada; y César remarca la importancia de la ética relacionada a la comprensión de los procesos políticos que implican los códigos culturales de la comunidad:

Yo creo que la ética es una parte muy importante que uno tiene que entrenarse para comprender la transferencia y los procesos políticos que pueden haber, y los procesos políticos significa comprender el proceso cultural, cuáles son las claves del proceso cultural, cuál es el universo semántico de esa población; [...] tenemos que entender cómo es la estructura de su economía, dónde están los intereses, tenemos que entender muchas cosas, de por qué una familia se vincula más con otra o como una familia es subordinada a la otra y tal cosa es

difícil, porque este tiene el canal para poder comercializar y los otros no, tienes que entender por qué esos procesos. (César, A)

En la misma línea, una egresada y una estudiante de la UCAB, desde su lugar de formación en PCC, señalan cómo el acercamiento a la población y la incorporación del contexto les “abre la mirada” y brinda una comprensión más amplia, lejos de lo que sería una visión más tradicional de la psicología:

Como la población a la que atiendes inevitablemente te invita a formarte o tener que abrir tu mirada a un montón de temas que probablemente no conoces o no manejas, pero es lo que está allí, y tienes como que meterte en el mundo de esa persona; y el mundo de esa persona muchas veces te saca de lo que uno podría ver en otro contexto, más de consultorio de un psicoanalista, por poner un ejemplo. (Valeria, PE UCAB)

En mi caso, a nivel personal, vi que el estar [...] ahí con la persona y estar con todo su entorno, no solamente me ayuda a ver, a encontrar una respuesta, un diagnóstico, una manera de trabajar; sino que me ayudó más y me di cuenta, me percaté que te ayuda a hacer una mejor comprensión, a darle sentido, ese porqué se están presentando esas situaciones con estas personas, [...] hay que ver otras aristas, para que realmente haya una mejoría. (E, UCAB)

Otra estudiante de la UCAB alude cómo con su mirada desde la PCC, aún en el consultorio de la institución donde trabaja, no deja de pensar a niños y adolescentes que atiende desde la comprensión de su contexto:

¿cómo está ese joven?, ¿cuáles son sus maestras?, ¿cómo vive en su casa?, ¿está comiendo?, ¿se consiguen alimentos?; como para no solo ver al individuo que tengo ahí, sino el contexto, [...] ¿dónde está realmente el

problema en sí?, ¿en ese solo individuo?, ¿en esa persona? No, y ahí meto al papá, al abuelo, al gato, a todo el mundo, porque todos tienen que ver con lo que está pasando. (E, UCAB)

De algún modo, lo clínico comunitario también está en lo individual porque, aunque no estés afuera, en la cancha con ellos, todo eso está allí, en el momento en que estás con la persona eso está allí, de manera simbólica, de manera que estamos hablando de eso, o de alguna manera lo llevamos a ese espacio, lo integramos a esa intervención, no necesariamente tengo que estar en la cancha con él para que sea comunitaria, sino que es qué cosas involucro en la intervención. (Valeria, PE UCAB)

Es interesante como esa apertura al nuevo contexto y su historia va desde la dimensión más amplia de cómo se expresan en las comunidades las condiciones sociopolíticas del país, como lo ejemplificó Marcela, hasta el plantear las consideraciones más particulares de cada comunidad en la que, como expone César, se requiere una comprensión de los códigos culturales por parte del agente externo. Esto es retomado por las estudiantes y egresadas del postgrado de PCC, reconociendo lo planteado por César, pero volcado hacia ellas, en el sentido de cómo esa comprensión impacta positivamente en su formación, mostrando nuevas miradas y llevándolas a transformar su praxis profesional, fuera o dentro del ámbito comunitario.

2.1.3. Agencia social

Si bien este principio no es mencionado como tal por los/as colaboradores, me parece importante incluirlo tal como es mencionado en la literatura. Este refiere a la concepción del ser humano como actor social capaz de transformarse a sí y a su entorno

(Montero y Goncalves-de Freitas, 2010), el cual debe considerarse como persona y ciudadano, inseparable de la sociedad y cultura a la que pertenece (Pezo del Pino et al., 2008).

2.1.4. Saberes locales y comunidades de aprendizaje

Tesania hace mención a la importancia del reconocimiento de los saberes locales, lo cual guarda relación con lo que Teresita expresa respecto de:

...la importancia del desarrollo de comunidades de aprendizaje, y cuando tú hablas de desarrollo comunitario del aprendizaje, es que todos tienen que aprender, no son solo unos los que aprenden [...] entonces yo sí pienso que tiene que ser en términos de esta comunidad de aprendizaje, donde cada quien tiene un saber que aportar y que todos tienen algo que aprender. (Teresita, A)

Ello puede complementarse, adicionalmente, con lo que expresa Javier: “no solamente el ir tú a exponer tu tema, recabar la información; la gente también recaba información de ti, entonces tú también empiezas a observar in situ la problemática” (Javier, P).

Este principio, se relaciona de cierta manera con el referido a la adecuación a la realidad de manera histórica y contextual, por cuanto esos saberes locales están enmarcados en estos códigos culturales y a través de esto se invita a un proceso de aprendizaje mutuo, a lo que yo sumaría que se da en pro de una construcción colectiva, pues cada actor reconoce otros saberes y aprende del proceso tal cómo se evidenció en los relatos de las estudiantes y egresadas en el punto anterior; sin embargo, es menester

que estos aprendizajes generen a su vez un aporte al objetivo que juntos se han planteado.

2.1.5. Comprensión relacional e intersubjetiva

En el apartado anterior quedó claro como los/as colaboradores coincidían en la necesidad de trascender la comprensión y la atención individual, ello concuerda con la afirmación de Gergen (1996) de que el ser humano es relacional, por lo cual es inevitable prescindir de las posturas individualistas. En apartados subsiguientes lo relacional aparece como un aspecto esencial, por ello, estimo debemos incluirlo como uno de los principios de la PCC, vinculado a la intersubjetividad.

Entiendo la intersubjetividad como la “realidad de en medio”, es decir, aquello que está entre las personas/grupos y las instituciones sociales, ni dentro ni fuera de estos (Fernández, 1994). En tal sentido, el conocimiento no se plantea como el resultado de nuestra propia actividad mental, pero tampoco puede pensarse como el reflejo de la realidad (Gergen, 1983 en Wiesenfeld, 2001). Esto coincide con la propuesta de Rodríguez (2003) de que la comprensión de la PCC se da en el “espacio recíproco de la unidad vincular” (p. 208).

2.1.6. Participación, fortalecimiento y trabajo en red

Tesania refiere a este principio como elemento común con la psicología comunitaria, pues estos procesos comunitarios permiten activar las reflexiones y acciones en el marco de las comunidades de aprendizaje, por ejemplo. La participación invita a la posibilidad de incluirse de maneras diversas en el trabajo y las redes

favorecen potenciar los recursos. Todo ello conduciría al fortalecimiento, que César expresa que en su época se hablaba de “*conciencia del poder de sí mismo*”, y ciertamente, la base de este proceso está en dicha conciencia para poder generar acciones, corresponde incorporar también lo grupal y comunitario.

2.1.7. Sentido terapéutico

La presencia de lo terapéutico es otra cuestión que aparece en diferentes momentos del estudio, aunque se muestra de manera distinta, en lo que refiere a vincular a la PCC con el fortalecimiento de la salud mental, ya sea que mencionen procesos más de las personas o comunitarios per se. Es así como se plantea el sufrimiento y el bienestar como dos procesos centrales de la PCC, tal como lo ampliaré más adelante en uno de los apartados.

Si bien las y los entrevistadas/os no mencionan lo terapéutico como un principio, yo propongo su incorporación pues me parece que en el diálogo con ellos/as he evidenciado esto como una línea orientadora para cualquier trabajo desde la PCC, ya que se pretende reestablecer los recursos y mitigar el sufrimiento.

Se trata de un proceso que se produce entre los/as actores/as involucrados/as, que en este caso no sólo incluye la figura del/de la terapeuta que facilita dicho proceso y de las personas que están en la búsqueda de bienestar, sino que puede integrar a otras personas de la comunidad que funcionan como co-terapeutas. Ello coincide con el reconocimiento que hicimos en su momento (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010, Montero, 2010), respecto de entender a la comunidad como una entidad colectiva co-

terapeuta, en la cual sus miembros se convierten en agentes de salud y colaboradores/as terapéuticos, generando cambios en las relaciones y la aceptación del Otro, lo cual ya fue mencionado en el marco referencial.

Lo interesante de esta modalidad es que la misma persona que busca disminuir su sufrimiento, puede, en el encuentro con los otros, ser co-terapeuta en la transformación de otros y, en definitiva, del grupo, potenciando, a la vez, su capacidad de agencia, en el marco de la intersubjetividad. Todo ello, da lugar a beneficios personales y colectivos.

Góis (2012), al plantear la Terapia del Encuentro, en el marco de la práctica clínica-comunitaria, muestra cómo esta estrategia permite a las personas evitar que el sufrimiento les impida mejorar su vida y la de la comunidad y se desarrolla a través del encuentro y acogimiento entre las propias personas. Al respecto considero que, si bien esta estrategia deja claro el carácter terapéutico de la PCC, puede darse en otro tipo de actividades comunitarias e incluso de la vida cotidiana de las personas, siempre que estas apunten (a veces de manera no deliberada) a esta búsqueda de bienestar y alivio del sufrimiento. Un ejemplo de este sentido terapéutico en la cotidianeidad es la técnica de la alcabala, expuesta en el marco referencial, en la que el tema de duelo se trabajó en la calle en los encuentros fortuitos de mujeres que experimentaban situaciones de duelo similares.

Molina (2010), al reflexionar en torno a la PCC, afirma que:

Lo valioso del trabajo comunitario en este ámbito no sea su orientación clínica sino el efecto terapéutico de sus intervenciones, lo cual sería el hilo conductor

e hilo conector en estos procesos [...]. No obstante, es importante enriquecer la noción terapéutica hacia la generación de bienestar y salud mental... (p. 303).

La palabra terapéutico suele asociarse a la cura en el campo de la medicina y, en consecuencia, es extrapolada a otros ámbitos como la psicología con el mismo significado. En el caso de la PCC, se ha de buscar el sentido terapéutico en su accionar, recuperando la etimología de esta palabra, proveniente del griego en la que se conjugan dos componentes: el verbo “therapeuein” (cuidar, atender, aliviar) y el sufijo “tico” (relativo a). Es así como el cuidado cobra, en mi opinión, un lugar prioritario en el colectivo, entre las personas que contribuyen al bienestar de todos, lo cual coincide con la noción de salud mental comunitaria a la que me referiré posteriormente.

2.1.8. Cuidado del vínculo, diálogo, otredad y diversidad

Es fundamental el reconocimiento del otro y el respeto por la diversidad en el trabajo desde la PCC, lo cual parte desde la manera como se percibe a las personas y la forma cómo se establece el vínculo. Para Teresita es importante reconocer el valor de las personas y su voz, a la vez que la conceptualización de ser en el otro:

... para mí tiene que ser esta conceptualización del ser en el otro, no es esta cuestión de trabajo individual por mí y solo para mí, sino que es un trabajo que requiere el trabajo en mí, pero que lleva implícito al otro, para mí eso es lo que más lo distingue. (Teresita, A)

Esta noción de ser en el otro, puede ser la base para el establecimiento del vínculo, en el que las personas pueden encontrarse desde la diversidad y plantearse objetivos y acciones en conjunto y en este sentido correspondería a estas personas velar

por mantener ese vínculo de acción colaborativa e inclusiva. Ahora bien, la valoración del vínculo que se establece con la comunidad amerita el cuidado de dicho vínculo:

Yo creo que cuando haces cosas comunitarias uno tiene que darse cuenta que aparece un vínculo y que ese vínculo hay que cuidarlo, tú no puedes dejar de dar una razón, tú no puedes dejar de informar [...] pero también hay un vínculo con el grupo, no como un ente supraindividual sino con un ente intervisólogo y desde otro lado si hay una visión de un vínculo unidireccional, porque en este caso tenemos un convenio con la comunidad y hay que informar, [...] y tú tienes que saber cuáles son las necesidades que tiene la comunidad, no hacer lo que te dé la gana hacer, ese vínculo hay que cuidarlo y para cuidarlo hay que saber en qué lugar me estoy colocando y en qué lugar me están colocando. (César, A)

De esta manera, el cuidado se centra en mantener el vínculo creado a partir del respeto por el otro, como si se tratara de no defraudarlo. Si bien comparto esta idea, me parece está colocada desde el lugar del/de la agente externo/a, como su responsabilidad. Considero es importante pensarlo desde la reciprocidad, ya que, así como los/as agentes externos debemos cuidar el vínculo con la comunidad también a la comunidad le corresponde su parte. Se trata de una corresponsabilidad.

Por lo tanto, propondría que desde la PCC dentro de nuestros acuerdos y procesos de trabajo conjunto conversemos en torno a cómo nos cuidaremos mutuamente y cómo cuidaremos la manera como nos relacionamos. Esto reportará beneficios para todos/as, para el propio crecimiento y mejoramiento y potenciará los

resultados del trabajo. Ello implica las estrategias que empleamos en la relación, entre las que resaltaría el afecto y la negociación.

No podemos olvidar que la mirada extractiva de la ciencia en el pasado hizo que las nuevas perspectivas de las ciencias sociales enfatizaran en el compromiso de los/as profesionales con las personas con las que trabajan, tal como lo reflejó en su momento la concepción de compromiso propuesta por Fals Borda (1959) y heredada por la psicología comunitaria en sus inicios, la cual refiere al compromiso como la acción del/de la intelectual de colocar su servicio a una causa una vez que ha tomado conciencia de su pertenencia al mundo de su tiempo abandonando su rol de espectador/a.

Valido la pertinencia de esta noción mencionada en su momento histórico, pero, en la actualidad, suponer el compromiso principalmente por parte del/de la profesional es colocarnos en un lugar de poder, por ello se hace necesario reafirmar dicho compromiso como un proceso mutuo entre profesionales y personas de la comunidad tanto para la realización de las acciones como para la producción de conocimiento (Goncalves-de Freitas, 1997). Ello no implica que este compromiso se exprese del mismo modo por cada actor/a, pero lo importante es que todas las partes se reconozcan y responsabilicen por el proceso y por la relación.

Ahora bien, ese respeto hacia el otro y ese cuidado del vínculo se favorece a través del diálogo que, tal como lo menciona Teresita, es un recurso en la formación del psicólogo, ya sea que provenga de la rama clínica o la comunitaria, de manera que pueden integrarse fácilmente en la práctica clínica-comunitaria:

El diálogo es la base, es decir, la forma de hacer clínica es mediante el diálogo, [...] lo comunitario te dice que no puede haber trabajo comunitario si no hay diálogo; entonces hay cosas que, aunque originalmente tú no hayas sido formado en clínica, en comunitaria al tener esos elementos fácilmente los trasladadas y viceversa, y entonces haces una integración. (Teresita, A)

2.1.9. Dimensión política

Tesania afirma que la PCC ha de reconocer e incorporar una dimensión política. César coincide al exponer que lo primero que se debe hacer es reconocer que toda práctica, aun la clínica, tiene un carácter político y, en ese sentido, aunque no queramos, al realizar nuestro trabajo como psicólogos estamos en una relación asimétrica de poder, la cual se nos ha otorgado socialmente:

Por más que se quiera negar hay una relación de sujeto-objeto y nuestra manera de trabajar debe facilitar que desde el objeto también se cree una relación sujeto-objeto, pero invertida. Es la única forma de darle horizontalidad real a la relación asimétrica. Es decir, hay una cuestión política de cómo el asistido y el asistente se empoderan mutuamente, pero eso implica saber reconocer las relaciones de poder que están presentes en toda relación humana [...] tengo que tener consciencia de mi capacidad de influenciar, más aún si he sido llamado como experto. La tarea es transformar el poder que yo puedo tener en un poder benigno, y no en un poder maligno. [...] Tú estás ahí por una razón, tú no eres un miembro más de la comunidad, tú no eres alguien que vino y visita la comunidad, tú has venido a hacer un trabajo en la comunidad y eso te coloca en una relación asimétrica. (César, A)

Quienes han planteado este principio aluden a la condición general de la política, que atraviesa todas las esferas de la vida y las interrelaciones incluyendo las

de poder que, son inevitables en nuestra cultura y que, por tanto, han de ser reconocidas. Así la PCC, supone una mirada de encuentro entre actores/as sociales, de carácter democrático, que invita a revisar estas relaciones de poder adjudicadas hegemónicamente.

En la literatura la dimensión política, expuesta en el paradigma de la construcción y transformación crítica (Montero, 2004), se presenta como parte ineludible de las nuevas propuestas paradigmáticas, en tanto se busca el posicionamiento de los/as actores/as respecto de la realidad social y el reconocimiento de los otros con el compromiso de hacer incidencia social y en las políticas públicas.

En mi opinión, el reconocimiento de los lugares de poder expuesto por César, estaría incluido como parte del posicionamiento al que refiere Montero, sin embargo, pareciera limitarse al desbalance del poder. Yo lo ampliaría al poder como recurso, a fin de incluir la injerencia en la realidad social y las políticas públicas. De esta manera, se complementan la perspectiva de los/las colaboradores/as y la literatura.

2.1.10. Interdisciplinariedad e intersectorialidad

Por último, me parece importante sumar este principio que complementa a los anteriores, el cual lo construyo integrando los planteamientos de varios/as autores/as de la literatura. La PCC para llevar a cabo su labor, requiere la concurrencia y diálogo de diferentes instituciones: academia/profesionales, sociedad civil/comunidad y Estado/políticas públicas (Góis, 2012; Pezo del Pino et al., 2008); así como, de distintas disciplinas (Montero, 2010; Pezo del Pino et al., 2008).

Los principios que he descrito están vinculados entre sí dando sentido a la PCC. Ellos pueden entenderse y organizarse desde las dimensiones paradigmáticas: los tres primeros responden a la dimensión ontológica por cuanto muestran cómo debe concebirse la realidad y las personas. Los dos siguientes (2.1.4 y 2.1.5) referidos a la producción del conocimiento y a la subjetividad dan cuenta de la dimensión epistemológica. Por su parte, la dimensión metodológica, se refleja en los principios vinculados a formas de hacer o concebir el quehacer (2.1.6 y 2.1.7). El principio 2.1.8 y 2.1.9, aluden directa y explícitamente a la dimensión ética, y a la dimensión política, respectivamente.

Finalmente, el último principio que refiere a lo interdisciplinar e intersectorial, es de carácter más general, lo cual está relacionado, de manera transversal, con todas las dimensiones paradigmáticas. Es decir, lo interdisciplinar e intersectorial son requeridos por la complejidad de la realidad social, de las personas y sus relaciones, de su conocimiento y sus formas de hacer, así como la búsqueda de hacer incidencia en las instituciones sociales.

2.2. *Enfoques para la PCC*

Con enfoques refiero a una forma de ver las cosas que a su vez determina los énfasis en la comprensión y el abordaje de los problemas, lo cual en este caso orienta junto con los principios el actuar desde la PCC. A mi parecer es importante evidenciar la presencia de estos enfoques en la fundamentación de la PCC porque da sentido a su mirada inclusiva y relacional, así como a sus consideraciones éticas y políticas que

reconocen la desigualdad social y la necesidad de entender los procesos de manera histórica y contextualizada, asumiendo de esta manera una perspectiva crítica y analéctica que busca incluir las voces de quienes se encuentran marginados. Revisemos la manera como los/las colaboradores/as han descrito los enfoques para la PCC.

2.2.1. Enfoque de Género

Marcela alude a la importancia de atravesar nuestras categorías disciplinarias con las consideraciones de género. Karina hace una apuesta similar desde la práctica, refiriendo a la transversalización del tema de género en los proyectos en los que trabaja a fin de evidenciar las inequidades de género en la división de roles y tareas entre niños y niñas, lo cual ha permitido que estos niños y niñas cuestionen en casa estos patrones. Por su parte, Teresita, ofrece una mirada interesante que incorpora, de cierto modo, ambas valoraciones de la perspectiva de género tanto en las categorías disciplinarias como en su puesta en escena en la práctica profesional:

En procesos específicos de trabajo, mi experiencia ha sido principalmente con temas de género, con el desarrollo de la mujer pensada como mujer y no pensada como madre, como hija, sino como mujer; tampoco como mujer trabajadora, o como mujer que tiene que volverse igual que un hombre, simplemente como mujer. (Teresita, A)

Estos ámbitos son complementados por la importancia e incorporación de este enfoque en el marco de la gestión de las políticas públicas, lo cual ha sido producto de las luchas de los movimientos de mujeres para que sea contemplada la categoría de género y el estudio de las relaciones de género. Desde este lugar, “el enfoque de

igualdad de género está orientado a observar, estudiar y transformar las diferencias culturales, económicas y políticas en la construcción de la condición y posición de hombres y mujeres, niños y niñas, que generan desigualdades y se expresan en situaciones de discriminación y exclusión social” (UNFPA, 2012, p. 23).

La experiencia en el trabajo en comunidades, especialmente en Latinoamérica, nos ha permitido evidenciar cómo las mujeres son eje central de estas, no sólo por ser el principal sostén de hogar en la mayoría de las familias, sino por las luchas que emprenden en los procesos de organización comunitaria, ocupando un lugar de referencia como lideresas, aunque no siempre asociado a lugares de poder, como el ser presidentas de las asociaciones o juntas vecinales.

Esto último da cuenta justamente de estas situaciones de falta de equidad entre hombres y mujeres, teniendo las mujeres una sobrecarga al hacerse cargo de su familia y de los asuntos de la comunidad. Adicionalmente, se encuentran los altos índices de violencia perpetrados hacia las mujeres, en especial por parte de sus parejas.

Estas razones hacen inminente que la PCC tenga que emplear un enfoque de género para entender las diferentes situaciones con las que trabaja. Sumado a ello está el lugar primordial de las mujeres en la tarea de cuidado de los otros en el ámbito de la salud, producto de la feminización de este campo.

2.2.2. Enfoque Psicosocial

Para Carlos el enfoque psicosocial es un elemento central para hacer un abordaje integral, no asistencialista, para el fortalecimiento de capacidades; siendo una

exigencia para que cualquier profesional se involucre en los proyectos de su organización, de tal manera que independientemente de que se actúe desde un lugar más cercano a lo puramente clínico o a lo comunitario, debe considerarse la mirada psicosocial:

Puede haber un clínico al que no le guste en absoluto la vida de lo comunitario, pero que sabe que su paciente no es un ente aislado, sino que es parte de la relación y que necesita interactuar con otros profesionales en equipo para que esta persona pueda tener desarrollado todo su potencial de reparación. Entonces sigue siendo un clínico, pero con un enfoque psicosocial [...] no solamente nos abocamos al funcionamiento de las capacidades de las personas, sino que [...] vemos si la persona es capaz de sostenerse económicamente, si se puede ir a un hospital, si tiene las capacidades para hacerlo [...]. El enfoque psicosocial [...] nos permite ver cómo están las relaciones de poder entre las diferentes instancias que constituyen una comunidad, es decir, el Estado, el hogar, la familia, las relaciones entre vecinos, cómo las relaciones de poder se establecen en relaciones de violencia y de emergencia de situaciones de violencia. (Carlos, P)

Este enfoque evidencia la necesidad de producir cambios estructurales, teniendo como punto de partida el que toda transformación social puede generarse y mantenerse con base en las relaciones interpersonales y grupales. Contempla la comprensión de la dimensión subjetiva y su influencia en los procesos sociales y viceversa, y contextualiza a las personas identificando sus dificultades y recursos. En América Latina emerge asociado a las situaciones de inequidad e injusticia social en el

marco de la presencia de conflictos sociales, entre los que destacan los conflictos armados internos.

Al dejar de ver el aspecto político, asociado a los hechos de un proceso de violencia política, se puede silenciar tanto el sufrimiento de las personas afectadas, como las causas del mismo. Primero, porque se puede convertir a estas personas de “víctimas” en “personas enfermas”, “pacientes” que requieren de un tratamiento especializado por estar “mal”, cuando de lo que se trata es de un problema social que deja secuelas en la población que tienen que ser atendidas y que demanda una mirada y un accionar integral. (Grupo de Trabajo de Salud mental, 2006, p. 27)

2.2.3. Enfoque Intercultural

Karina manifiesta cómo en el Perú el Estado está haciendo un esfuerzo por hacer adecuaciones interculturales, tal como ha sido el incorporar las salas de parto vertical. En el caso de su organización, comenta:

En lo posible tratamos que los equipos, las personas que están en los equipos, pertenezcan a la región en la que estamos, [...] conocen muy bien la cultura, y sí hacemos incidencia en que tengan muy claro el aspecto intercultural [...]. Así, por ejemplo, en Ayacucho tenemos una trabajadora social que habla quechua, que eso también nos permite intervenir mucho y en todas las intervenciones que ella hace [...] siempre está muy pendiente de las prácticas culturales de las personas, de cómo ellos quieren que se hagan las cosas. (Karina, P)

Desde lo que yo llegué a vivir en lo comunitario, me llamaba la atención que todo lo certificaban y se tomaba mucho en cuenta la diversidad, [...], culturalmente, que si eran indígenas, todas las diferencias que hay en la

cultura, todo lo tomaban muchísimo en cuenta [...] para trabajar con esas personas. (E, UCAB)

El enfoque intercultural está orientado al reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades actuales, las cuales deben convivir con una base de respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos. [...] Desde esta perspectiva y principios, se transforma en un imperativo legítimo que los pueblos indígenas y afrodescendientes de la región de América Latina y el Caribe formen parte de manera igualitaria de la ciudadanía moderna, la cual debe ser inclusiva con formas de hacer y pensar particulares que definen la identidad de la región. (UNFPA, 2012, p. 24)

Ello hace que dentro de cada región se consideren también sus propias cosmovisiones, identidad e historia, manteniendo el respeto a la diversidad. Así, la interculturalidad enfatiza en el diálogo y encuentro entre diferentes grupos culturales, trascendiendo el mero reconocimiento de la presencia de diversas culturas como se plantea desde la multiculturalidad.

El término etnia, por su parte, alude a un pueblo o comunidad que comparte una cultura, una historia, un territorio y determinadas costumbres, y cuyos miembros están unidos por una conciencia de identidad, que se manifiesta por medio de un determinado comportamiento, sus formas de habla, su cosmovisión, su vestimenta, su organización social e instituciones, incluso, su espiritualidad y su folclore. A esta concepción corresponden tanto las y los afrodescendientes como las y los indígenas. (UNFPA, 2012, p. 24-25)

Tal como hemos visto, los enfoques a los que refieren los/as colaboradores son aquellos que han sido planteados por el Fondo de Poblaciones de las Naciones

Unidades (2012), por el Grupo de Trabajo de Salud mental (2006) y por Aldana (2008), esta última ya citada en el marco referencial.

2.2.4. Enfoque de Derechos Humanos

El único enfoque que no mencionaron los entrevistados y que sí contemplan las organizaciones y autora antes señaladas es el de Derechos Humanos. Tal omisión me atrevería a afirmar no responde a una postura que no considere pertinente dicho enfoque, sino a que los/as colaboradores/as hablan desde su práctica dando énfasis a aquellos enfoques que han tenido un lugar central dentro de su trabajo, de hecho, tal como se puede evidenciar, cada uno de los/as entrevistados/as que exponen en este apartado indican un solo enfoque.

En todo caso, juzgo pertinente contemplar el enfoque de Derechos Humanos, en tanto es abarcador de todos los demás, porque coloca la mirada en la identificación de las desigualdades propias del desarrollo y en intervenir sobre cualquier proceso de discriminación que atente contra los derechos humanos de las personas, los cuales pueden entenderse como:

garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra las acciones y omisiones que interfieren con las libertades fundamentales, los derechos y la dignidad humana”. Estos pueden ser civiles, culturales, económicos, políticos o sociales, los cuales son indivisibles, interdependientes e interrelacionados, dándole un carácter de totalidad. (UNFPA, 2012, p.21)

Esto implica contemplar aquellos aspectos vinculados a las necesidades y capacidades de las personas y no sólo lo que se relaciona al ámbito jurídico, lo cual

está en sintonía con los intereses de la PCC al buscar potenciar las capacidades y recursos de las comunidades a fin de atender el sufrimiento y propiciar el bienestar.

Estos cuatro enfoques si bien pueden enfatizarse más en un ámbito que en otros dada la naturaleza del trabajo, la problemática atendida y el contexto, deben estar presentes de manera transversal en toda acción desde la PCC pues ellos en sí mismo rescatan la importancia de lo relacional y el respeto e inclusión de las personas inmersas en los trabajos desde la PCC.

2.3. *Problemáticas que Corresponde Atender a la PCC*

Entiendo por problemáticas, aquellas situaciones de vida que obstaculizan el bienestar de las personas en un contexto social particular vinculado a temas estructurales. Tres problemáticas urgentes aparecen en el discurso de los/as colaboradores/as: 1) la pobreza 2) la violencia y 3) la ruptura del tejido social. Esto demarca la apuesta política de la PCC en el contexto latinoamericano, en tanto son situaciones que, como vimos en los enfoques, responden a temas estructurales vinculados a la injusticia y desigualdad social. Los problemas de las comunidades exceden lo individual, son problemas de salud pública, de orden social y político que incluye variables culturales, de género y étnicas (Aldana, 2008).

La coincidencia entre los diferentes tipos de actores/as (académicos/as, estudiantes, egresados/as y personas de la comunidad) al precisar estas problemáticas, valida la contundencia de las mismas en lo que a las afectaciones en la salud mental de las comunidades se refiere y la significación de ellas para la PCC. En ese sentido, es

un compromiso visibilizarlas desde una perspectiva diferente, a fin de incidir en las formas de categorizarlas y comprenderlas y, en consecuencia, de atenderlas, partiendo del principio ya mencionado de la construcción social, en la cual el lenguaje transforma.

Un ejemplo de lo anterior lo apreciamos en el marco referencial, con el caso de la atención en salud mental de personas afectadas por la violencia política en Chile, donde, por la incidencia, la nomenclatura de estrés postraumático cambio a “problemas psicopolíticos” en función del tipo de experiencia contextual-violenta (Pipper, 2008 como se citó en Valenzuela, 2015).

Es evidente que estas problemáticas no aparecen aisladas, sino que, mantienen una interinfluencia; sin embargo, sin interés alguno por establecer una linealidad y correspondencia única, juzgo que la pobreza es tal vez la condición de carácter más amplio que coloca a las personas ante situaciones de tanto estrés que propicia se suscite con frecuencia la violencia y esta última es una de las principales razones para que se rompa el tejido social, tal como se ha evidenciado en los estudios vinculados a situaciones de guerra y conflicto armado interno (Grupo de Trabajo de Salud mental, 2006; Martin-Baró 1984; Pérez y Jibaja, 2009; Pérez y Wurst, 2013; Villagómez et al., 2016).

Ahora bien, presentar estas problemáticas, requiere tener en cuenta la noción de vulnerabilidad social, pues es a través de esta, principalmente, que las problemáticas llegan a afectar la salud mental de las personas y sus comunidades.

Este concepto se ha empleado para entender los impactos psicosociales que han generado en las personas las pautas de desarrollo, el cual:

... tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico-social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. (Pizarro, 2001, p.11)

El autor llama la atención sobre la importancia de las oportunidades que el Estado y la sociedad deben brindar a las personas, familias y comunidades, ya que, de lo contrario, las estrategias que las personas pueden emplear para contrarrestar los impactos pueden tener otros efectos, al respecto coloca el ejemplo de como algunas familias, para afrontar el desempleo de la persona que sostiene el hogar, envían a los niños a trabajar.

Por su parte, Feito (2007) refiere a la dimensión social de la vulnerabilidad como aquella susceptibilidad generada por el medio o las condiciones de vida, dando lugar a “espacios de vulnerabilidad”, los cuales constituyen “unas “condiciones desfavorables” que exponen a las personas a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias, y, por tanto, a la desprotección” (p. 11). La autora comenta cómo al colocar el acento en lo relacional, lo contextual y lo procesual, hace que la vulnerabilidad no se considere como algo estable e inmutable, sino que es susceptible de intervenir y transformarse.

Creo que la noción de vulnerabilidad nos permite evidenciar y cuestionar la desigualdad social, reconociendo el modo en la que las condiciones de vida exponen a las personas y comunidades dificultando las posibilidades de bienestar. Sin embargo, así como ocurre con la denominación de víctima, debemos ser cuidadosos de no colocar a las personas en un lugar de dependencia tal que no les permita afrontar dichas condiciones, estigmatizándolas al categorizarlas como vulnerables.

Así, estimo que en el marco de la PCC es conveniente emplear la denominación de personas en condiciones de vulnerabilidad, dando lugar a las posibilidades de actuación y transformación sobre tales condiciones, a partir de la demanda de los derechos que les permita tener oportunidades.

2.3.1.1.Pobreza

Pedro nos ofrece una propuesta pertinente para la PCC, en tanto reconoce las capacidades desarrolladas en los entornos de pobreza, rompiendo o trascendiendo las categorías disciplinares que limitan la comprensión de los procesos, siendo que tradicionalmente se ubican las dificultades, mas no los recursos de las personas ante determinadas circunstancias.

La pobreza tiene un montón de elementos fascinantes de reinención y de reconstitución y de bienestar que nosotros muchas veces no somos capaces de ver, porque solamente estamos con las gríngolas de la categoría, tanto clínica como cultural, como sujetos de clase media en una posición razonablemente integrada. Qué pasa cuando la pobreza comienza también a generar un propio discurso y sus propias formas de generar oportunidades, no idealizadas suponiendo que siempre lo van a hacer bien, sino generando espacio donde

estos puedan críticamente crecer y ofrecer alternativas, no solamente porque se dicen, sino porque se viven de una manera encarnada... (Pedro, A)

Carlos expone que en una de las comunidades con las que trabajó desde su institución, vivían en condiciones muy precarias (sin luz ni agua), “rechazadas”, sin ningún beneficio de los programas del Estado, lo cual les dificultaba la organización.

Si bien esta idea puede observarse como contraria a la planteada por Pedro, desde mi punto de vista, ambas coexisten, ya que las condiciones de precariedad en algunas personas y/o comunidades se constituyen en momentos, en dispositivos para el desarrollo de capacidades y procesos de organización, mientras que en otras se convierten en una limitante, cuando dichas condiciones son naturalizadas y la manera cotidiana de hacer frente a estas carencias les mantiene ocupados y sin esperanza.

Algunos/as de los/as entrevistados/as en la comunidad caraqueña, mencionan que *“la gente está pasando hambre”* (Alfredo, C, 60 años), lo cual se ha incrementado con la situación particular de la escasez en Venezuela. Y, en este sentido, Lorena expresa lo siguiente respecto a las actividades para niños que se dan en el centro: *“la merienda podría ser algo que agregar, porque es difícil con la situación conseguir comida y todo, con las colas, la plata; pero sé que no se podría incluir la merienda por la situación”* (Lorena, C, 35 años).

Esta problemática tan concreta da cuenta de las condiciones de vulnerabilidad y pobreza en las que se encuentran las personas y cómo, muchas veces, desde los centros de salud se obvian estas situaciones, a pesar de los efectos que ello genera en la salud mental de las personas. Lo anterior se evidencia en las consideraciones

realizadas por Góis (2012), ya descrito en el marco referencial, en la que muestra las correlaciones existentes entre la pobreza y las sintomatologías de salud mental que hace que exista una buena parte de personas provenientes de sectores pobres en las instituciones de salud mental.

Tal es el caso de la depresión y su escenario contextual en situaciones de pobreza, donde las personas manifiestan un evidente síndrome caracterizado por sensaciones de inutilidad, fatalismo y locus de control interno para sus fracasos. Establecer mayores niveles de conciencia sobre la situación de pobreza y sus agentes causales podría ser un propósito específico de la psicología comunitaria, en tanto la psicología clínica facilitaría el reconocimiento y restauración de fortalezas psicológicas y relacionales para que estos procesos de reflexión sociopolítica se gesten, permitiendo el ajuste sano y adaptativo del sujeto. (Valenzuela Contreras, 2015, p.25)

Al respecto, Lorenzo y una estudiante de la UCAB comentan:

Otros con problemas de la casa, de su hogar, que pasan hambre y se vuelven locos del hambre, hay muchísimas maneras en las que una persona padece de la mente, muchas formas, [...] personas que andan locos en la calle, eso es lo más que se ve [...] por cuestiones de abandono, de drogas en la calle. ¿Cuánta gente duerme en la calle? (Lorenzo, C, 42 años)

En general, lo que se veían eran todos los problemas, desde la exclusión y la pobreza [...] en general se ve eso, por la casa, que no pueden tener una casa propia [...], la situación de la señora que dejaba al niño sin supervisión y era porque tenía que trabajar, tenía que mantener la casa, o sea, de fondo, están todos estos temas de pobreza. (E, UCAB)

Finalmente, Llorens (2006) señala la relación entre la pobreza y la exclusión como lo que genera un mayor daño:

La lógica de la exclusión social, como la que produce la pobreza, es especialmente desmoralizadora ya que comienza no proveyendo de los recursos para el desarrollo pleno y luego remata señalando al excluido por ser 'un perdedor', por no alcanzar las expectativas culturales dominantes (p. 107)

2.3.2. Violencia

El tema de la violencia se conecta directamente con el de la pobreza y la exclusión, porque es en estos contextos donde se producen las circunstancias más complejas de violencia, las cuales son atribuidas, por los grupos de poder, a las personas que habitan en estas localidades, cuando más bien debe entenderse desde cómo estas condiciones son las que desatan y sostienen dicha violencia.

...la violencia que nos aqueja actualmente, no es más que un mecanismo estratégico que promueve la exclusión y la desigualdad social entre los grupos sociales, promoviendo la represión de las necesidades reales y por tanto de los derechos humanos en su contenido histórico social, condenando a los más desposeídos a vivir en un estado de fragilidad frente a una sociedad cada vez más individualista que privilegia al poderoso y castiga al más pobre, culpabilizado por su condición y atribuyéndole una serie de estigmas que inclusive vinculan la pobreza, con la delincuencia y con violencia, desconociendo en los hechos que la pobreza es un factor que vulnera a las personas en una sociedad injusta. (Herrera Bautista y Rodríguez Rodríguez, 2014, p. 74-75)

Manuel comenta cómo desde muy temprano ha comenzado a trabajar con el tema de la violencia, tanto en su rol de psicólogo clínico como de pcc. Se ha vinculado a los temas de violencia de género, violencia comunitaria y violencia política, en el marco de la situación actual en Venezuela. En este sentido, a lo largo de su entrevista hace referencias respecto de la PCC y la violencia por cuanto considera que esta tensión permanente entre lo individual y lo contextual que ofrece la PCC es la más pertinente para atender esta problemática.

En el estudio de Balda (2006) sus entrevistados/as mencionan como tema central a atender por la PCC la violencia en todas sus manifestaciones: maltrato, negligencia, abuso sexual, violencia doméstica. En mi investigación esta es tal vez la problemática a la que hacen mayor referencia los/as colaboradores/as considerando es un tema muy presente en nuestro continente, lo cual forma parte de la cotidianeidad y está naturalizado, tal como lo exponen algunas personas de la comunidad, “*la gente está muy violenta; de la nada es un problema todo.*” (Alba, C, 65 años).

En verdad no es una comunidad mala del todo, pero [...] como se manejan los conflictos es de manera negativa, siento que hay mucha violencia entre ellos, de hecho, siento que también hay mucha violencia a través de los niños, dicen demasiadas malas palabras, [...] para manejar un conflicto se les nota mucho la rabia. (Iris, C, 30 años)

Javier expone cómo en la localidad en la que trabaja han llegado varios temas de violencia, muchos asociados al abuso del alcohol. Estas situaciones le han derivado

en casos de depresión e incluso de suicidio. Y en el caso de los/as adolescentes, muchas veces suscita rebeldía.

La violencia intrafamiliar contra la mujer y los niños/as, aparece como una de las expresiones más notorias de la violencia en nuestro contexto latinoamericano, *“madres que son muy maltratadoras, que no deben dar ese maltrato así, mujeres que también han sido maltratadas, golpes fuertes y eso de pegarle a los niños es un tema acá en la comunidad [...] se dan castigos agresivos”* (Martina, C, 63 años).

Hay violencia, la violencia es una de las cosas más importantes: niños, adolescentes que ves que terminan teniendo muchos problemas en su contexto por violencia, por ataques muy violentos hacia sus compañeros, hacia sus docentes, hacia las figuras de autoridad. (Valeria, PE UCAB)

Dos estudiantes de PCC de la UCAB expresan haber observado en su trabajo de práctica en la comunidad mucha agresividad, violencia, maltrato físico, maltrato psicológico.

...maltrato, como se suele dar, a veces, en contextos de carencias, que uno ve desde afuera que eso es maltrato infantil, pero a lo mejor es que también hay una situación tan atravesada por la crisis que no te permite que un padre pueda estar supervisando a los chamos, entonces como que tratan de ver cómo solventar esas cosas, de la negligencia, de la violencia intrafamiliar. (E, UCAB)

Una de estas estudiantes comenta lo siguiente respecto de la violencia: *“son como que traumas que van justamente sostenidos porque son muchos años, y lo peor*

es que muchas veces vienen de mucha violencia, y eso va justamente llevándose de familia en familia, porque naturalizan esta patología” (E, UCAB).

Los comentarios anteriores muestran como una de las poblaciones más afectadas por la violencia son los niños, niñas y adolescentes, ya sea porque ellos ejercen la violencia o porque son víctimas de esta. En ese sentido, resaltan dos temas de interés para entender este problema.

El primer tema, es la importancia de contemplar el contexto y las circunstancias de las personas, ya que muchos padres y madres son negligentes o maltratadores porque sus condiciones de vida lo propician de algún modo, ello no significa justificar la violencia, pero sí poder abordarla entendiendo a estas personas y trabajando sobre las frustraciones, naturalizaciones e incluso culpabilizaciones respecto de sus acciones, para, desde esta reflexión y problematización que incorpora el análisis de la realidad, encontrar alternativas para afrontar tales situaciones.

El otro elemento por considerar es la violencia como hecho naturalizado y validado socialmente, y que se expresa en el ámbito comunitario y familiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, desde una perspectiva como la PCC debemos ser cuidadosos en nuestras propias naturalizaciones, pues en el comentario de la estudiante anterior, pareciera ser que la violencia se transmite e instaura a través de las generaciones en cada familia y se llega a constituir como patología. Estas naturalizaciones heredadas de perspectivas tradicionales de la clínica deben ser cuestionadas desde la PCC, tanto en la labor con nuestros pares como con las instituciones y personas con quienes trabajamos.

Teresita comenta cómo en su caso le “*ha tocado mucho en clínica comunitaria trabajar con abuso en niños*”, atendiendo tanto a los propios niños/as afectados como a las víctimas secundarias que son los/as familiares, madres y abuelas, principales responsables de los niños/as.

Valeria muestra en su siguiente relato cómo estas circunstancias de violencia comunitaria generan una serie de situaciones ambivalentes, una de ellas para los/as niños/as, pues no encuentran una figura clara en la cual reflejarse y se debaten entre aspirar al poder a través de “ser malandro” aunque no están convencido sea bueno:

... son realidades muy dramáticas, son niños muy solos que están viendo cómo más o menos ordenan la realidad que observan, pero es sumamente caótica, porque cómo encuentro un modelo a seguir de quién quiero ser, si mi familia está rodeada de todo este tema de drogas, de violencia, de un montón de gente que se ha muerto porque otro lo ha asesinado. Entonces, entiendo que tener poder es tener la moto, y ser el más malandro, pero al mismo tiempo me doy cuenta que a mí no me gusta eso. Es todo como un conflicto muy fuerte de cómo construir mi identidad en función de la masculinidad, en función de quien quiero ser, rescatando que conozco esto, que sé que me llama la atención todo lo delincuencia, pero realmente conociendo que tengo todas estas habilidades, que tengo todas estas cosas positivas y también quiero ser bueno; pero era un temazo porque están muy solos, entonces las figuras paternas son muy ambivalentes, muy ausentes, o muy contradictorias, y desarrollarse en ese entorno lleno de amenazas es sumamente rudo. (Valeria, PE UCAB)

De igual manera, familias encargadas de distribuir drogas en la comunidad, a su vez son participativas en los procesos comunitarios, “*es difícil de integrarlo*

mentalmente, [...] son los mismos agentes que, por un lado, pueden involucrarse y tener acción en la comunidad, los mismos que puedan tener una vida que les conlleva mucha amenaza diaria” (Valeria, PE UCAB).

Sin embargo, ante este caos, Valeria también rescata los recursos de las personas para afrontar estas situaciones: *“tú ves a muchísimos padres muy comprometidos con su chamitos y muy seriecitos, y tratando de hacer lo mejor que pueden; hay mucho amor a pesar de la avalancha de dificultades, salir adelante, mucha resiliencia” (Valeria, PE UCAB).*

En el caso del Perú, la violencia política aparece como una problemática nuclear, al respecto Carlos expone que su organización busca modificar las situaciones de violencia estructural por parte del Estado, lo cual trae consigo un tema de derechos humanos. Y, en esa línea, Tesania afirma que la PCC tiene mucho que aportar en el país, pues son estos/as profesionales los/as que *“están con las personas afectadas por la violencia política” (Tesania, A).*

De esta manera, el trabajo con las víctimas del CAI, con víctimas de tortura y con quienes poseen familiares desaparecidos se establece como trabajo central para la PCC en el Perú, buscando su recuperación y el fortalecimiento de sus capacidades. Esta violencia ha generado desconfianza y enfrentamientos entre las comunidades y la emergencia de diversas formas de violencia.

Entonces cada tres o cuatro cuadras había asociaciones con liderazgos que se peleaban a muerte con otros, [...], pero eso no les permitía agruparse y poder hacer uso y tener una voz en el municipio, poder tener los beneficios que el

Estado podía darle, entonces eran muy desconfiados, con un nivel de violencia muy alto, violencia familiar, intrafamiliar, violencia contra la mujer, violencia contra los niños, etc. (Carlos, P)

De manera similar, Manuel señala cómo en Venezuela actualmente:

El deterioro es bien significativo, [...] por ejemplo en las comunidades que han quedado tomadas por la violencia son muy dramáticas las historias que estamos escuchando. El tema que sabemos que los suicidios han aumentado, tiene que ver con eso, tenemos números de desplazados internos, ya no de migrantes hacia afuera, sino dentro del mismo país por violencia, con números muy dramáticos [...], casos de violencia, uno tras otro, pero violencia dramática, gente que observó cómo decapitaban a alguien en frente, bandas que los tenían amenazados en el colegio porque [...] daban charlas de prevención de drogas [...]; un psiquiatra al que le obligaron a cerrar la consulta bajo amenaza de que lo iban a arrestar porque no quieren que estas historias se estén registrando. (Manuel, A)

En definitiva, esta violencia genera afectación en la salud mental comunitaria, “*hay temor, temor por la violencia y uno se deprime; muertes repentinas, por robos, balas perdidas, tiroteos, aunque ya no hay tantos enfrentamientos, pero sí eso*” (Martina, C, 63 años).

2.3.3. Ruptura del tejido social

Las problemáticas antes mencionadas generan una ruptura del tejido social, que se expresa en sentimientos de rencor y falta de solidaridad entre las personas, como explica Amalia:

Hay mucha gente solidaria, pero [...] hay mucho problema con el rencor, [...] ¿será por las cosas que la gente ha vivido aquí? Creo que la gente debe ya soltar eso, no vivir tanto con ese pasado [...] eso también desgasta, como te digo lo que tú dices de salud mental, [...] Sabes que antes de la tragedia [refiere a un deslave, ocurrido en 1999, en el que gran parte de la población perdió sus viviendas] aquí pasaba algo y todo el mundo salía, [...] ahora que la gente se mudó a los edificios, la gente se quedó en su propio yo, encerrados en sus cuatro paredes. Antes había más humildad porque la gente vivía en ranchitos [...], esa unión se perdió. (Amalia, C, 60 años)

Esta situación , requiere de:

un trabajo de salud mental grande, para mi concepto, porque, empezando, los padres de hoy en día no llevan a los niños como tienen que llevarlos y [...] entonces esos niños sufren, pasan trabajo, y cuando crecen, no vamos a decir que tienen la mente mal, pero no van por buen camino. (Octavio, C, 70 años)

En consecuencia, esto amerita la atención de la PCC, tal como lo exponen

Marcela y Karina:

acompañando procesos colectivos que también implican otros vínculos porque ahora lo que ha habido es como una ruptura muy fuerte del tejido social por los niveles de pobreza, por la desigualdad, por un montón de cuestiones; a parte es que aumenta el desempleo, aumenta la pobreza, aumenta la violencia, los suicidios, el alcohol. (Marcela, A)

La gente en situación de pobreza extrema [...], como es una población afectada por el conflicto armado, son desplazados [...], las grandes secuelas que tiene este grupo poblacional son la intensificación de la violencia en sus actividades cotidianas y la ruptura de tejido social [...] nos vimos de cara con esta ruptura

de tejido social donde veíamos que era un mismo lugar, un área geográfica pequeña; sin embargo, con mucha diferencia, mucha ruptura entre ellos, un barrio que no se hablaba con el otro, se generaban problemas y en un mismo barrio [...] los conflictos cotidianos hacen que ellos se sigan fraccionando y no logran articular entre ellos [...] las grandes secuelas que les dejó el conflicto fue el miedo y la desconfianza. (Karina, P)

Entonces ¿de qué estamos hablando? Estamos hablando de una fragmentación dramática de la comunidad, con unos niveles de sufrimiento altísimo, además del sabotaje de los pocos recursos de atención que podía tener la gente. (Manuel, A)

Tal como lo refiere Karina:

...ahora el trabajo comunitario está más centrado en acercarnos a zonas donde hay víctimas de conflicto armado y también donde hay grupos organizados de mujeres que viven en situación de pobreza y que vivencian violencia familiar, violencia doméstica, que es lo más común. (Karina, P)

Así, muchos de los/as profesionales e instituciones integran en su trabajo todas las problemáticas antes mencionadas, ya que estas suelen estar relacionadas.

Cuando analizamos el padecimiento subjetivo ligado a problemáticas emergentes como las violencias o los procesos de exclusión, expulsión, por ejemplo, se ponen en juego múltiples niveles de investigación e intervención:

- Los procesos subjetivos en sus múltiples dimensiones.
- La focalización en la situación comunitaria en la que emergen.
- Los múltiples contextos en el que se despliega esta situación (socio-histórico, institucional, político, económico, cultural, etc.) (García 2006 como se citó en Ussher, 2012, p. 310)

De esta manera, vemos cómo la pobreza va generando exclusión, marginación y movilizaciones forzadas en muchos casos, adicionales a todo el estrés producto de las condiciones de vida que ya he explicado en el marco referencial. Estas situaciones van produciendo desesperanza y frustración, entre otras cosas, que dan lugar a la violencia, expresada en distintos ámbitos y modalidades, la cual va acompañada de relaciones de poder, abusos y muertes, dejando secuelas graves a nivel de la salud mental comunitaria, entre las que resalta la pérdida de los vínculos y la desconfianza que llevan a la ruptura del tejido social que debilita las acciones colectivas, minimizando las capacidades de las personas y los colectivos.

Ello, a manera de círculo vicioso, da cabida a más situaciones de violencia y pobreza. Por tal razón la PCC, tiene el compromiso de trabajar con estas problemáticas sociales y la potenciación de recursos de las comunidades, a fin de contribuir al restablecimiento del tejido social en los casos que así se amerite o al fortalecimiento de dicho tejido, cuando no se haya roto, en pro de que las personas puedan tener bienestar y salud mental comunitaria.

En este apartado trabajamos con tres aspectos entrelazados entre sí, para constituir el punto de partida de la PCC, así los principios expresan el posicionamiento inicial que marcará las tomas de decisiones en el pensar y actuar desde la PCC, lo cual conduce a la necesidad de precisar algunos enfoques que nos permitan focalizar en aspectos que deben estar siempre presentes en la comprensión desde la PCC, de manera transversal.

Por su parte, las problemáticas son el marco desde el cual se pueden entender las condiciones de vida de gran parte de la población latinoamericana. De manera coincidente los/as colaboradores evidenciaron tres problemáticas centrales (pobreza, violencia y ruptura del tejido social), que desde una mirada crítica se debe procurar problematizarlas, a la vez que, explorar alternativas para afrontarlas. Esto permite asumir una perspectiva política que conlleva a la construcción de ciudadanía lo cual redundaría en el bienestar para las comunidades y sus integrantes.

En este sentido, Bang et al. (2020) refiere a las palabras de Helena de la Aldea (2009) quien menciona que nuestras prácticas en el campo comunitario de salud mental están caracterizadas por una subjetividad heroica:

forma particular de situarse ante el trabajo cotidiano bajo el supuesto de que toda problemática comunitaria es urgente y que debemos -y podemos- abordarla hasta su resolución, suponiendo que contamos con toda la potencia para su abordaje, lo que se transformaría en clara omnipotencia. Lejos de este tipo de subjetividad heroica que nos llevaría inevitablemente a la sobreexigencia y la frustración, nos resulta necesario poder pensar en qué prácticas son posibles en cada situación socio-histórica y contexto determinado. (Bang et al., 2020, p. 61)

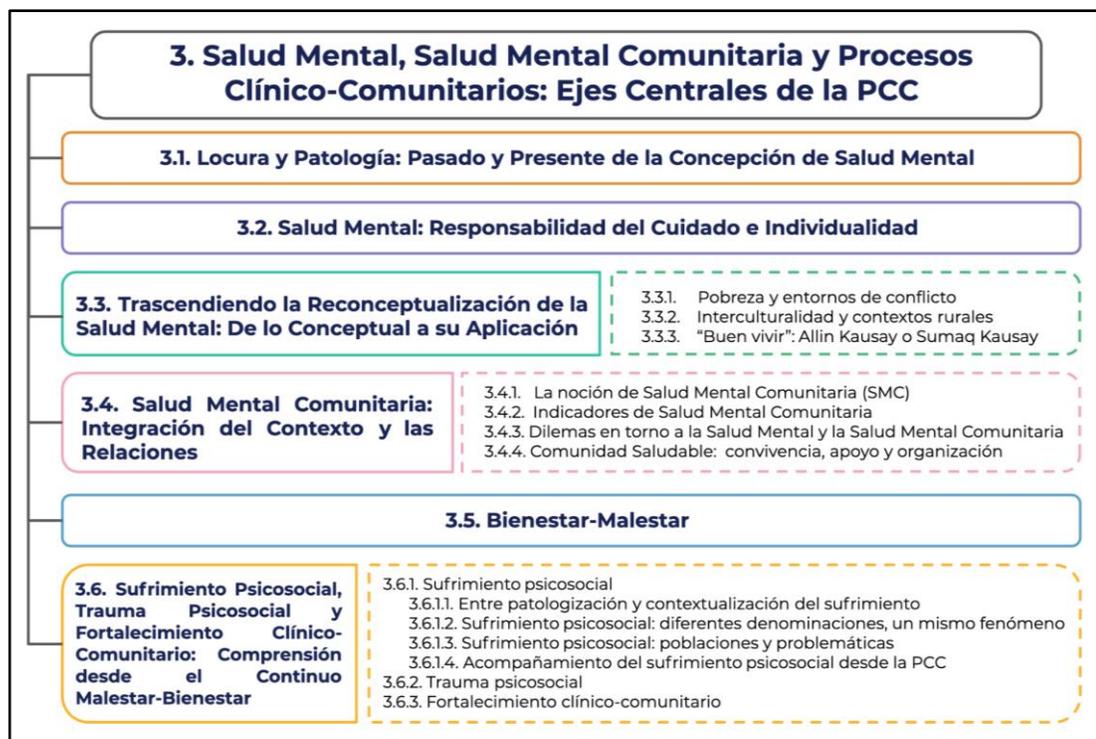
Así, el compromiso de la PCC estaría enmarcado en el trabajo con estas situaciones problemáticas como las antes mencionadas, las cuales son afrontadas por determinados sectores de la población. Ello, en línea con lo que plantea Molina (2010), requeriría intervenir sobre los círculos de poder, en tanto no se trata de elaborar unas prácticas diferenciales para las comunidades pobres sino de priorizar el trabajo en

contextos de pobreza, esta última idea se rescata de los planteamientos de Montero (2010). Se trata de "...trabajar alrededor de los recursos de afrontamiento personal y colectivo disponibles o que se pueden apropiar y/o desarrollar en condiciones limitadas, es decir, de vulnerabilidad" (Molina, 2010, p. 308).

3. Salud Mental, Salud Mental Comunitaria y Procesos Clínico-Comunitarios: Ejes Centrales De La PCC

Figura 4

Relación entre el tema "Salud Mental, Salud Mental Comunitaria Y Procesos Clínico-Comunitarios: Ejes Centrales De La PCC" y sus subcategorías



Desde mediados del siglo pasado se ha difundido y asumido tanto por la academia como por los diferentes entes públicos y privados que trabajan en el campo de la salud, la concepción integral de esta, propuesta por la OMS, cuya base es su carácter biopsicosocial. Al asumir la salud desde esta perspectiva, parece contradictorio separar la salud física de la salud mental.

Sin embargo, en la vida cotidiana mencionar el término salud supone usualmente el ámbito biológico. Del mismo modo, en la ciencia, pareciera que, todavía necesitamos estas categorías por separado para poder definir el campo de acción de ciertas disciplinas, profundizando a la vez en la comprensión de alguna de las dimensiones que integran al ser humano. Este trabajo no será la excepción a este dilema no resuelto, por lo que me referiré principalmente a la salud mental.

Complejizaré aún más el dilema, incorporando la noción de salud mental comunitaria como una categoría importante a trabajar en la PCC, en tanto en este momento considero es sustancial para visibilizarla. No obstante, comparto con Marcela que, “algún día no tendríamos que hablar de salud mental comunitaria porque se entenderá que la salud mental ES comunitaria” (Marcela, A). Ahora bien, para no confundir esta concepción con el modelo que lleva este nombre, he venido refiriendo a este último como Modelo de Salud Mental Comunitaria y así lo seguiré haciendo en lo que resta de este trabajo.

Quisiera dejar en claro que, si bien estos términos forman parte de la cultura occidental, que no incluye a todos aquellos que puedan formar parte de la PCC, tal

como ahondaré más adelante, este es mi marco de comprensión por lo que es desde allí que puedo hablar, manteniendo eso sí una mirada inclusiva de la diversidad cultural.

Como última aclaratoria introductoria, de manera atípica, a cómo he venido discutiendo los resultados y cómo lo seguiré haciendo en los temas siguientes, el desarrollo que presentaré acá estará más acompañado de la literatura, en unos puntos más que otros, dado que son asuntos que han emergido de algún modo en el discurso de los colaboradores, pero requieren ser profundizados para dar sentido y marco a estas ideas centrales para la PCC.

En este sentido, los contenidos plasmados aquí, son producto de mi vinculación entre el discurso de los colaboradores y la literatura revisada a partir de lo que estos discursos suscitaron en mí como investigadora, por lo cual están ubicados en este apartado y no en el marco referencial, donde se perdería el soporte que ofrece a esta discusión de resultados.

Para Teresita, la concepción de la salud, desde una mirada más amplia, se adecuaba a cada momento y a las exigencias de la realidad a fin de precisar el énfasis que se tiene en un momento dado. En sus propias palabras, la salud mental:

puede ser todo, lo incluye todo, depende de qué es lo que en ese momento estemos concibiendo como salud mental, qué estemos considerando como salud mental, y qué es lo que la propia realidad te esté pidiendo trabajar, y cómo esto lo puedo relacionar o no con la salud mental [...] en la clínica comunitaria habrá momentos en que sin que pierda esa esencia que te decía, que es del ser en el otro, habrá momentos en el que se vaya más para acá y habrá momentos en el que se vaya más para allá y que, entonces, habrá momentos en que la

salud mental sea pensada como salud psicosocial, como salud social, o como salud individual. (Teresita, A)

Por su parte, al preguntar a personas de una comunidad caraqueña sobre qué consideran es la salud mental, la primera reacción de algunas personas fue la risa, quedarse pensando y expresar incluso que no lo sabían:

De escuchar solamente la pregunta te diría que no sé [...] tendrías que decirme primero qué crees tú que es salud mental, o será que yo no sé cuál es el concepto de la salud mental. Bueno, no lo sé, o no sé cómo decirlo; a lo mejor lo sé, pero no sé cómo explicarlo. (Amalia, C, 60 años)

De tal manera que, no es para ellos un término que esté incluido en su cotidianidad, menos aún si nos refiriéramos a comunidades rurales o de pueblos originarios, a las que no he entrevistado, pero que quienes han trabajado con ellas reportan emplean otras palabras, que a su vez tienen un significado diferente, a ello me referiré más adelante en este apartado.

3.1. *Locura y Patología: Pasado y Presente de la Concepción de Salud Mental*

La perspectiva más tradicional en torno a la salud mental y los estereotipos respecto de ella, parecieran ser sólo historia, pero no es así, pues aún las personas siguen en su vida cotidiana reproduciendo esos estereotipos. Asimismo, la formación profesional, aunque incluya la noción integral de salud mental, sigue patologizando y cuando refiere al bienestar, lo entiende como una tarea de cada persona en su individualidad.

El intercambio con los/as entrevistados/as da cuenta de la existencia de esta mirada centrada en la enfermedad y la normalidad, definida desde un lugar hegemónico, que mantiene las etiquetas, la exclusión y la discriminación, requiriendo que se sostenga aún la lucha antimanicomial.

De este modo, *“el modelo que está más distendido es el médico, entonces cuando se piensa en salud mental o cuando se habla de salud mental sale el tema de lo patológico”* (Mercedes, PE PUCP). Entonces:

depende de qué formación tenemos como profesionales de la psicología, porque nosotros estando en esta formación de psicología comunitaria ya vemos más amplio el concepto de salud mental, pero de repente varios aquí tenemos la formación de psicología clínica y en la psicología clínica sería más como un antónimo a la patología o la ausencia de enfermedad. (E, PUCP Lima)

Cuando le pregunté a las personas respecto a salud mental, al principio, [...] se desubican; piensan que es algo acerca de una enfermedad: es un loquito, pues tiene que ir a un psiquiatra, a un centro de atención urgente. (E, PUCP Ayacucho)

Algunas de las personas de la localidad caraqueña con la que trabajé, se refieren a las nociones de “mente buena” y “mente mala”, lo cual se asemeja a las categorías clásicas de locura y normalidad: *“salud mental es cuando uno no está loco”* (José, C, 25 años), *“se trata de una persona que tiene problemas, de un loco”* (Lorenzo, C, 42 años), *“tener una mente buena o una mente mala, como de loco o normal”* (Amalia, C, 60 años).

Podemos observar acá apreciaciones de una persona joven, una adulta y una adulta mayor; los tres comparten las mismas categorías para aproximarse a la salud mental. Llama la atención además que ofrezcan mayor precisión de aspectos vinculados a la “mente mala” que a la “mente buena”, como veremos a continuación.

Respecto de la “mente buena”, comentan es “*no tener cosas de locura*” (Patricio, C, 37 años); “*que no se te olviden las cosas. Tener capacidad para los estudios*” (Amalia, C, 60 años); “*tener conocimiento de las cosas, actualizarse con el medio, con el ambiente en que estamos y dar opinión con la respuesta correcta*” (Alba, C, 65 años); “*apoyar en la comunidad, por ejemplo, ayudando a los niños, para que sean buenos individuos*” (Adela, C, 38 años).

Por su parte, la “mente mala” implica tener problemas de memoria, hacer cosas que no son normales, “portarse mal socialmente” y buscar problemas. Veamos varios ejemplos de ello:

Yo considero que mi mente no es muy buena, porque a mí se me olvidan mucho las cosas [...] pero así es mi mamá, y así son mis hijos también; entonces no sé si eso será hereditario o no sé cómo será eso; porque yo tengo una hermana que murió a los 47 años y el médico decía que su mente era envejecida. (Amalia, C, 60 años)

Ayer vi una persona comiendo al lado de un container de basura. Eso es una persona que tiene problemas de la mente, una persona normal no hace tal cosa, [...] comiendo de lo más tranquilo como si estuviese en su casa, da la impresión de que esa persona no está bien de la cabeza. (Lorenzo, C, 42 años)

Dice uno loco porque uno cree que loco son todas las cosas, las cosas que uno asocia con locura. Como si una muchacha se porta mal [por salir embarazada a temprana edad] y uno dice 'esa muchacha está loca'. (Amalia, C, 60 años)

Que tienes problemas, que no te comportas bien, sabes cuando tienes una actitud rara, de loco, de andar buscando problemas siempre, en todas partes. (José, C, 25 años)

Como nos muestran los/as colaboradores/as, pareciera que la noción de locura se puede ampliar a muchos ámbitos, lo que queda claro es que estaría fuera de la norma social. Dunia, explica la salud mental como un equilibrio entre la personalidad y la norma social:

Me parece que es como equilibrio de muchos aspectos importantes de la personalidad, con respecto a un proceder aceptado socialmente, [...] también influyen valores y un aspecto de criterios y del buen proceder entonces eso lleva a patrones o escalas a niveles normales entre comillas, porque la normalidad o el desequilibrio lo establece la misma sociedad o el medio donde te desenvuelves; puede ser igual categorizado alguien o una actitud en una sociedad aquí que en otra. (Dunia, PCS, 59 años).

Por otro lado, Lorenzo explica algunas de las que considera son razones que generan la locura:

... genética, que tienen familiares que tienen problemas [...]; otros por la droga [...]; problemas digamos de la casa, de su hogar; [...] personas que andan locos así en la calle, pero por cuestiones de abandono [...]. Entonces empiezan a consumir droga porque eso les sirve para aguantar el hambre; aguantan

hambre, consumen droga y entonces eso les ayuda para no sentir la necesidad de comida. (Lorenzo, C, 42 años)

Esto coincide con lo que afirma Góis (2003, 2012) respecto de que, la mayoría de “los locos” que llegan a las instituciones psiquiátricas provienen de los barrios periféricos ya que sus propias condiciones de vida vinculadas a la miseria, la violencia y las dificultades de acceso a los bienes y servicios sociales constituyen una subcultura de la supervivencia en donde su voz no es escuchada colocándolos en el anonimato, lo cual en muchos casos les lleva a la indigencia.

Finalmente, Alexia, trata de separarlo del ámbito de la patología, “*lo que me explicó el psicólogo cuando me refirió al psiquiatra es que uno no está loco, que he tenido problemas y que puedo mejorar, que es para ayudarme*”. (Alexia, C, 37 años).

3.2. Salud Mental: Responsabilidad del Cuidado e Individualidad

El otro modo tradicional que sigue teniendo posicionamiento para las personas en su vida y para los/as profesionales en su trabajo es la concepción de la salud mental como una condición particular de cada persona en su individualidad, por lo que atenderla es su responsabilidad primordial tal como lo promueven gran parte de los libros de autoayuda “*quíete a ti mismo*”, “*todo lo que te propongas lo podrás lograr*”, entre otros mensajes que dejan de lado, la visión integral de la salud mental.

Queda claro cuando una estudiante de la UCAB comenta que “*salud mental es como que todo eso, esos cuidados que nos damos justamente nosotros mismos a nivel de nuestras emociones, nuestras áreas, como tener en cuenta ciertos cuidados, ciertas*

cosas que debemos hacer para propiciar nuestro bienestar” (E, UCAB). “En la comunidad, cada uno tiene que encargarse de su proceso, ver cómo está, cómo se siente” (Martina, C, 63 años).

“La salud mental también hace encontrar la paz interior, de estar bien con uno mismo y estar tranquilo. Buscar una armonía y una relación con los demás” (E, PUCP Ayacucho). Con ello coinciden Alexia (C, 37 años) y Alfredo (C, 60 años).

Otras personas de la comunidad incorporan la noción de bienestar vinculada a las emociones (Lucero, C, 28 años), al *“buen ánimo, haciendo las cosas como se deben hacer”* (Alfredo, C, 60 años), al *“tener buenos pensamientos”* (Laura, C, 43 años), al *“estar bien con las emociones, miedos, entenderlos y saber manejarlos”* (Iris, C, 30 años).

También consideran que, *“si tiene buena salud mental la persona toma decisiones adecuadas”* (Lucero, C, 28 años); *“yo tengo que, tener la mente muy clara para saber qué es lo que estoy haciendo”* (Octavio, C, 70 años); *“pensar bien”* (Laura, C, 43 años) y *“poder pedir ayuda”* (Alba, C, 65 años). Para Dunia, *“si tengo buena salud mental puedo tener buena calidad de vida, puedo saber hacia dónde voy, sé dónde estoy parada”* (Dunia, PCS, 60 años).

La salud mental individual también es una manera de conciliar los ideales con la realidad de la propia persona. Cuando una persona logra aceptarse, encontrarse con sus propios ideales, y aceptar que algunas veces no se cumplen, esto propicia la salud mental [...] la posibilidad de poder ajustarse y amoldarse también, sin tener un desequilibrio. (E, UCAB)

Isabel aporta con una crítica a estas concepciones centrada en lo intrapsíquico, al comentar que:

Hay también una noción de equilibrio: la necesidad de estar en equilibrio no solamente contigo, sino con las personas, incluso con el ambiente. Saliendo de este modelo androcéntrico que pone al ser humano como el ser supremo del mundo, y más bien teniendo una mirada más horizontal en general. (Isabel, PE PUCP)

Adicionalmente, Isabel introduce la mirada de género como crítica a estas perspectivas más clásicas de la salud mental, en tanto es importante incorporar:

la noción de cuidados, pero, en el momento que se vincula la SM con la noción de cuidados esa noción se le vincula con lo femenino entonces, en ese sentido, es como si el tema de la salud mental se feminizase en términos de que está en manos de las mujeres, es una responsabilidad de las mujeres y de alguna manera también se desvincula la responsabilidad de los hombres en lo que sería el poder proveer salud mental a ti mismo, a tu entorno, a tu comunidad. (Isabel, PE PUCP)

En concordancia con todo lo expuesto por los colaboradores Llorens (2006) refiere que, el discurso de la clínica "...al colocar el problema dentro del individuo le asigna al individuo toda la responsabilidad de la 'mejoría', sin considerar intervenciones para mejorar las condiciones que produjeron el problema" (p. 105). Este discurso, también es compartido por las personas que sufren los problemas, por lo cual sienten que es su culpa y responsabilidad, sin evidenciar las estrategias de

sobrevivencia que han desarrollado para resistir el abuso que sufren a diario. De esta manera, se desvían los aspectos políticos de la situación (Llorens, 2006).

3.3. *Trascendiendo la Reconceptualización de la Salud Mental: De lo Conceptual a su Aplicación*

Los puntos anteriores muestran como la visión de la salud mental en la práctica sigue siendo en buena medida estigmatizada, patologizada y centrada en la individualidad, a la par que se han ido rompiendo algunos de estos esquemas y replanteando las miradas. En este sentido,

Sigue siendo importantísima la definición de la OMS del 48' de cuando habla un poco en términos generales de que salud no es solamente ausencia de enfermedad sino lo que es de prevención de la capacidades y posibilidades de las personas, de los grupos de comunidades dentro de su universo cultural y su cuestión y que yo creo que además tiene que ver con una cosa fundamental que es entender que siempre hay interacción entre universos diferentes. (César, A)

Los estudiantes de la MPC de la PUCP en Lima y Ayacucho coinciden, al mencionar que tiene que ver “*con el bienestar completo de las personas, en este caso a nivel mental, a nivel psicológico [...] tiene que ver con un aspecto más afectivo y con el cuerpo, pero todo integrado*” (E, PUCP Lima).

La salud mental es estar bien, es sentirse en equilibrio; un bienestar biopsicosocial [...]; la capacidad de una persona de poder sobrellevar situaciones que se presentan en la vida, de entender situaciones complejas, y poder restablecerse, seguir adelante; [...] un proceso que está contextualizado, es dinámico, de acuerdo a lo que sucede en el campo político, económico,

social, cultural [...]. La salud mental también es progresiva. (E, PUCP Ayacucho).

Es un estado dinámico, cambiante, que no significa el estar bien, tiene que ver con la forma en la que nos relacionamos, las cosas que suceden a nuestro alrededor; cosas personales y que también ocurren con el medio que nos rodea. (E, PUCP Lima)

Un estudiante de la UCAB confluye con la idea de continuo, y se muestra crítico frente a considerarla como una categoría en tanto puede restar a su naturaleza dinámica, retornando en cierta medida a la antigua definición de ausencia de enfermedad, porque podría significar tener o no salud, desde una visión total, en tanto única y más bien de lo que se trata es de un proceso complejo.

Asumo que salud es un todo y es, por ende, una categoría, o eres saludable o no eres saludable, aunque yo lo vería más como un continuo en el sentido de que, ahora que estamos hablando, tú puedes tener mayor, o ser más saludable mentalmente, pero eso no implica que haya una ausencia, en ciertos aspectos, de equilibrio o bienestar. (E, UCAB)

En términos de promoción de la salud, [...] es todo este estado de la persona en lo individual, en lo intelectual, en lo ético, en lo espiritual, en lo ambiental y, entonces, la salud mental implica que la persona se pueda desarrollar en sociedad, de una manera positiva, con los otros, con su medio ambiente y con la necesidad de trascender. (E, UCAB)

Ello implica, que “*la mirada está más dirigida al reconocimiento de recursos, de capacidades, de fortalezas que tiene una persona, una familia o comunidad*” (E,

PUCP Ayacucho), lo cual es compartido por Jonás, egresado de la MPC de Lima, haciendo un llamado de atención respecto a que debe prestarse mayor atención a ello.

La definición presentada por Parra (2016) reúne gran parte de los aspectos mencionados hasta acá por los/as colaboradores/as:

Salud Mental: la entendemos como la capacidad de las personas para amar, aprender, crear, trabajar, enfrentar crisis y conflictos, convivir en sociedad en una integración activa dando sentido a su propia existencia. La salud mental es, entonces, construida desde lo relacional y caracteriza el modo de vincularnos con los demás. (p. 8)

No pareciera haber ningún desacuerdo al plantear esta idea de salud mental como la integración de distintos ámbitos. Lo que, a mi modo de ver, no queda tan claro es qué tanto incorporamos en la práctica profesional estos ámbitos, pues como explicitó César se trata de la interacción entre universos diferentes.

En este sentido, cabe preguntarse, desde nuestro universo como profesionales, qué aspectos de estos ámbitos estamos priorizando en nuestras intervenciones y cuáles de los que tal vez son centrales para ciertos grupos sociales o culturas estamos excluyendo o colocando como secundarios, en tanto son parte de un universo distinto al que usualmente pertenecemos los/as profesionales. De esta manera, se ha reconceptualizado la noción de salud para darle una mirada integral, pero ello no significa que esto se incorpore de tal manera en la vida cotidiana y en la práctica de los/as profesionales.

En esta línea, Góis (2008) llama la atención en torno a que la salud mental está referida a la vida dentro de un marco más amplio, donde la salud incluye las potencialidades, las experiencias acumuladas y el “drama” social y humano de una colectividad, en sus significados y sentidos, en sus problemas y sus sueños.

Por ello, entender la salud implica estar conviviendo con el pueblo y aprendiendo para construir con ellos el conocimiento sobre su propia vida y su lugar. Esto amerita abrir espacios para la comprensión de contextos particulares de exclusión y la incorporación de enfoques adecuados a la praxis de la PCC desde su compromiso ético-político, los cuales revisaré a continuación.

3.3.1. Pobreza y entornos conflictivos

Tal como manifiesta Manuel, la salud mental *“es también un tema de transporte, [...] de gasolina, todo eso finalmente, que tú tengas una carretera, que tú tengas agua limpia, implica una mejoría en la salud mental”* (Manuel, A); *“mucho de la salud mental está centrado en el tema de la violencia de género”* (Juan, PE PUCP). *“Entonces estamos reconceptualizando la salud mental asociándola a pobreza, a exclusión, discriminación como los problemas fundamentales de salud mental en nuestro país”* (Tesania, A).

Es por ello que la salud mental es un derecho humano a ser considerado en la práctica y en la ejecución de las políticas públicas más allá de un mero enunciado, *“la psicología, en este caso la salud mental, tiene que estar disponible para todo el mundo”* (Javier, P). Esta afirmación es compartida por los estudiantes de la MPC de

Lima y Ayacucho. “*La salud mental es un beneficio, todos lo necesitamos para andar bien, para mí es un proceso duro en el que está el país (Venezuela) y es difícil tener esa cabeza centrada*” (Martina, C, 63 años).

Tal como expresa Martina, varios vecinos de esa localidad caraqueña manifiestan como las dificultades del país les están afectando, no sólo a ellos en su comunidad:

... es Caracas en general [...] lo que pasa es que yo pienso que es un tema muy hondo y muy complicado de subsanar, porque ustedes harán su labor de hormiguita, pero es muy titánica la labor y si se quiere hacer algo que realmente cambie, sería casi imposible porque la salud mental es inexistente en la actualidad, producto de temas mediáticos, sin ahondar en política [...]. Se cae en juego con problemas como la situación económica, el desempleo, la agresividad en el mundo que estamos viviendo, entonces si no hay comida, hay desempleo. Entonces qué tanto puede hacer un psicólogo, ayudar en esta locura colectiva que estamos viviendo. (Dunia, C, 59 años)

Sinceramente el país ha cambiado demasiado y el gobierno nos tiene locos [...] y aquí todo el mundo, clase media, clase baja, todos andan preocupados, porque si no pensamos en los reales pensamos en la comida, tenemos a veces los reales, pero no la comida, [...] la salud está mal en esa situación porque no tenemos previsto como antes lo teníamos. En mí influyen muchas cosas, en la noche después que salgo del trabajo llego a la casa y pienso: dónde encuentro eso, dónde como, y para mi salud eso es un agotamiento, mi cerebro está caminando demasiado, si me como una arepa hoy, yo no sé dónde voy a encontrar harina pan para mañana, y yo pienso que eso a uno lo pone mal. (Octavio, C, 70 años)

En esta línea, Martín-Baró (1984), teniendo como marco la guerra civil en El Salvador, comenta cómo desde una mirada restringida de la salud mental:

Sano y normal será el individuo que no se vea aquejado por accesos paralizantes de angustia, que pueda desarrollar su trabajo cotidiano sin alucinar peligros o imaginar conspiraciones, que atienda a las exigencias de su vida familiar sin maltratar a sus hijos o sin someterse a la tiranía obnubilante del alcohol. (p. 503)

No hay que "patologizar" procesos que podrían ser parte del duelo o de la angustia normales en una cultura. Pensamos, por ejemplo, en las viudas cuyos esposos fallecidos siguen visitándolas en sus sueños. No creemos que sea necesariamente una señal de que ellas no han "procesado" [...] sus pérdidas. Más bien, parece reconfortarlas el que sus esposos sigan en sus sueños, brindando compañía y consejo. (Theidon, 2004, p. 46)

Como pretender que en entornos conflictivos como el descrito por los colaboradores de esta comunidad caraqueña o en la guerra salvadoreña o en los conflictos armados en Colombia o Perú, durante o después de ocurridos, las personas puedan pensarse desde esta dimensión de normalidad. En cuyo caso, desde la perspectiva propuesta por Martín-Baró (1984), los posibles trastornos que se generen serán reacciones normales ante circunstancias anormales. Se trata entonces de dejar de mirar la anormalidad únicamente en el interior de las personas para considerarla posible en el entorno.

En este sentido, “la tendencia a medicar o curar la desadaptación podría correr el riesgo de buscar calmar las reacciones legítimas de protesta por situaciones de injusticia” (Llorens, 2003, p. 163).

Ello me recuerda la situación de una estudiante del postgrado de PCC quien traía para la discusión a la clase el caso que se le había asignado en interconsulta en un hospital caraqueño. La razón por la que le pedían intervenir era para que la “paciente” estuviera más tranquila, pues se alteraba con facilidad. Al atenderla, la psicóloga se percató que esta mujer protestaba desde hace semanas porque nadie le daba respuesta respecto de la operación que se le practicaría, razón por la cual estaba hospitalizada. Así es como desde la PCC validar la indignación de esta mujer era la vía principal para la atención y no la que el servicio de psiquiatría había solicitado a la practicante.

De esta manera, como propone Martín-Baró (1984):

la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones («síntomas») y estados («síndromes»). (p. 503)

“Debe verse como un problema de relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera” (Martín-Baró, 1984, p. 505), en tanto los trastornos no se producen fuera del momento histórico y el contexto al que pertenecen las personas o grupos que los padecen.

El autor manifiesta que se echa de menos la dimensión interpersonal “como eje articulador de la existencia humana”. Si bien mucho ha transcurrido desde que fueron formuladas sus propuestas, y ya nadie niega la dinámica interpersonal, aún falta pensar qué tanta valoración se le da a esta cuando seguimos considerando el abordaje psicológico y la búsqueda de apoyo como un tema principalmente individual.

No cabe duda que en la mayor parte de los casos se reconoce la presencia del entorno, pero ¿se incluye a este en la labor que realizamos y en la comprensión de los procesos con los cuáles trabajamos?, tal como se evidencia en el ejemplo de la estudiante a la que me referí.

Esto obliga a repensar el actuar de los psicólogos que intervienen en el contexto de problemas que afectan a las mayorías, de lo contrario, se corre el riesgo de tender a la mantención de esos problemas al alero de las estructuras dominantes que los sostienen. (Valenzuela, 2015, p. 19)

En tal sentido, Martín-Baró (1984) afirma que no se trata de hacer un reduccionismo social en sustitución de uno individual, sino de preguntarnos por qué mirar la salud mental como aquello que emana desde el interior de la persona hacia afuera y no el modo como se materializa en una persona o grupo lo de afuera, es decir, “el carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones históricas” (p. 506).

3.3.2. Interculturalidad y contextos rurales

Definitivamente desde una perspectiva intercultural no es lo mismo la salud mental que podemos vivir nosotros en la ciudad a lo que se vive en las

comunidades. De hecho, que varía también desde el enfoque que uno le dé, un enfoque de género, un enfoque de salud mental comunitaria, un enfoque psicosocial. Pero, creo que, todos estos enfoques ayudan a que podamos entender de mejor forma la salud mental, que en realidad más que darle una definición, parte de las propias vivencias de las personas. (Jonás, PE PUCP)

Jonás señala la importancia de la comprensión de la salud mental desde la vivencia de las propias personas, considerando que el contexto al cual pertenecen, que en este caso es el ámbito rural, es distinto la mayor parte de las veces del de los/as profesionales que vamos a trabajar con ellos/as, quienes, además, dependiendo del enfoque que enfocemos, orientaremos de cierta forma el trabajo. De igual forma, el momento histórico en el que se enmarque nuestra labor significará las vivencias de las personas y las nuestras:

Las personas al final terminan definiendo qué es la salud mental para ellos. [...] No es lo mismo la salud mental antes de los 80 que después del 2003 que existe una comisión de la verdad y reconciliación³, en donde se ahonda y se da un realce en la salud mental de las personas, justamente después de un proceso de conflicto armado que se ha vivido; de estar relegado el tema de salud mental por lo menos podemos ver que hay un medio pasito más, para priorizarlo como un tema. (Jonás, PE PUCP)

...lo que invita el informe (CVR) es a reconocer positivamente la diversidad, sobre todo en un país como el Perú que es tan diverso en diferentes categorías, entonces el tema del reconocimiento positivo de la diversidad creo que también

³ La Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) se creó en el Perú en junio de 2001 por el presidente de transición Valentín Paniagua con el fin de investigar los sucesos y responsabilidades en torno al periodo de violencia entre los años 1980 y 2000. La CVR se presentó su Informe Final en agosto del 2003 ante el presidente Alejandro Toledo registrando el testimonio de 17 mil personas y reportando más de 69 mil peruanos/as muertos/as o desaparecidos/as (Comisión de Entrega de la CVR, 2008).

es algo que se está vinculando de alguna u otra forma con la concepción de salud mental. (Isabel, PE PUCP)

Elena, incorpora también la diversidad del significado de la salud mental de acuerdo al grupo etario, en estas comunidades rurales:

...no es lo mismo el estar bien para una persona adulta que para un niño o un adolescente; va a priorizar otra vez de repente condiciones, va a priorizar de repente más un grupo de amigos o que sean visibilizados como personas también con una capacidad de agencia. (Elena, PE PUCP)

En mi caso, yo estaba haciendo la entrevista a personas desplazadas y preguntaba, qué es vivir bien. Me comentaban que vivir bien es vivir en mi hogar con mi esposo, con mis hijos bien; aparte de eso sentirme bien, tener trabajo, tener estabilidad, que mi esposo trabaje, estamos bien. (E, PUCP Ayacucho)

...las personas a quien he entrevistado, el tema es espiritual, para ellos también es importante y era parte de su salud mental. Si estoy en paz con Dios y conmigo mismo, entonces también estoy en paz con mis vecinos y con mis hijos. Y es más en las mujeres que en los varones. (E, PUCP Ayacucho)

En el desarrollo de este tema partimos de una primera reconceptualización, planteada por la OMS, haciendo el paso de concebir la salud mental como la ausencia de enfermedad a ser un estado de bienestar integral. Ello ha sido profundizado por la psicología comunitaria, el modelo de salud mental comunitaria y la PCC, transitando del modelo biomédico al modelo psicosocial, lo cual nos ha permitido avanzar hacia una nueva forma de pensar y actuar respecto de la salud mental.

Nos toca visibilizar otras nociones alternativas a la de salud mental, perteneciente al pensamiento occidental, lo cual nos permita entender e integrar nuevos discursos como los que se plantean desde los estudios con poblaciones originarias en los que se habla de “buen vivir”, o del “Allin Kausay” y el “Sumaq Kausay”, tal como nos explica Jonás:

En realidad, las comunidades sí tienen y viven la salud mental, nosotros la denominamos de esa forma, las comunidades la denominan de otra forma; por ejemplo, en la investigación que yo he hecho la salud mental para ellos es el buen vivir: el Allin Kausay y el Sumaq Kausay, no hay forma de empatar tales, pero se puede traslapar una tras la otra, [...] si tuviera que hacer el ejercicio de ponerme en el pellejo de un campesino yo te diría que mi salud mental es mi Allin Kausay, con ese nombre lo denominaría. (Jonás, PE PUCP)

Como menciona Llorens (2003): “A veces nuestras teorías enmascaran nuestros prejuicios, nuestros miedos, nuestras creencias y sirven de lecho de Proscrito para ajustar los relatos ajenos a nuestra visión de mundo” (p. 152). Pues tal como afirma Juan:

...el tema de salud mental no viene de las poblaciones, no viene de la diversidad, ni de un factor intercultural, viene de lo académico y está tratando de buscar salud mental dentro de las poblaciones, pero siempre desde una concepción más académica de lo que es salud mental. No es que fuimos y vimos qué significa el equilibrio psicológico, qué significa en las poblaciones para construir un término que tenga que ver con ellos, el término viene desde lo académico y lo estamos imponiendo de alguna manera porque es nuestra forma de entender las cosas, pero no viene desde las poblaciones. (Juan, PE PUCP)

3.3.3. “Buen vivir”: Allín Kausay o Sumaq Kausay

...pese a avances teórico prácticos y científicos hasta hoy en día se tiende a circunscribir la práctica del psicólogo/a al trabajo clínico de consultorio individual [...] considerar a la salud como la mera ausencia de enfermedad, y en pocas ocasiones los organismos gubernamentales se detienen a desarrollar políticas públicas que favorezcan el bienestar integral de las poblaciones (Vergara Vázquez, 2009, p. 69) ...aun sabiendo que las propuestas orientadas a la comunidad suelen ser las más realistas y más efectivas. (Rivera y Taype, 2013, p. 95)

Olvidando, además, que el trabajo con la salud mental comunitaria:

no es exclusividad de los profesionales, sino que debe incluir a numerosos actores, los cuales aportan sus conocimientos, prácticas y visiones del mundo. En las comunidades rurales latinoamericanas los promotores de salud, curanderos tradicionales, guías espirituales, comadronas...pueden promover la salud mental de las personas. (Navarro, 2009, p. 7)

En este sentido, los indígenas entrevistados por Montoya Vélez et al. (2020) “hacen un llamado a que se reconozca la labor de los sabedores tradicionales: médicos, chamanes, sobanderos. Cuando la mente y el cuerpo están conectados se materializa la tranquilidad del espíritu y el equilibrio físico”. En cuyo caso puede visualizarse claramente que, no existe escisión entre mente-cuerpo y espíritu, sino que son elementos que dialogan y se integran:

Como indígena pienso que la salud debe abordar la mente para que la tranquilidad se manifieste en la comunicación como el mundo energético o del espíritu y el cuerpo que es la expresión material de la tranquilidad en la mente

y de la comunicación permanente con el espíritu que se traduce en un equilibrio o desequilibrio físico. (Montoya Vélez et al., 2020, p.1162)

De esta manera, reconocer estas visiones distintas respecto de la concepción de la salud, implica admitir también otras formas de tratamiento:

En los tratamientos que nos han sido referidos hallamos el empleo de aromas, baños y frotaciones. Además, la naturaleza está en directa relación con el bienestar de los sujetos; nos refieren que hay cuatro elementos principales con los que se relacionan los males y el bienestar: la tierra (paccha), el cerro (orcco), el aire (wayra) y el manantial / agua (puquio). De estos elementos, se muestra al agua como un elemento importante de vida, de limpieza y de curación el cual se utiliza para el susto y otros males. (Escribens et al., 2008, p. 42)

[En definitiva,] si nos interesa recuperar personas y comunidades, es necesario entender cómo estos conceptos son definidos y cómo la relación entre ellos se conceptualiza en una cultura dada. Aquello que constituye una curación efectiva es determinado, en gran parte, por el contexto cultural y social. (Theidon, 2004, p. 44)

Por otro lado, las concepciones de salud son distintas acorde con cada cultura, por lo que la mirada morbicéntrica y fragmentada cuyo énfasis son los servicios sanitarios no favorece la disminución de las inequidades, pues no se adecúa a la perspectiva de otras culturas como la de los pueblos indígenas, en los que en su mayoría emplean la noción de buen vivir, cuyo énfasis está en la relación con la naturaleza y con el otro (Montoya Vélez et al., 2020), lo cual va en la misma línea del principio

biocéntrico planteado por Góis (2012) para la PCC, que he descrito en el marco referencial.

El “buen vivir” entonces, “Es un concepto integral que toma en cuenta aspectos físicos, mentales, sociales, espirituales y ambientales, relacionados con el fortalecimiento cultural, la autonomía alimentaria, la cosmovisión y la territorialidad, en relación con la naturaleza y la medicina tradicional” (Rosique como se citó en Montoya Vélez et al., 2020, pp. 1158).

Arenas (2016) explica que, “las comunidades andinas que habitan en áreas rurales entienden la salud mental como “estar bien y sentirse bien”, “estar contentos y con ganas de trabajar”, “estar tranquilos y sin preocupaciones” (p. 14). Así lo menciona uno de los participantes de Arenas (2016): “vivir bien en cada una de las casas, con los hijos, donde mujer y varón viven bien juntos en el pueblo, ayudándose entre todos” (Juan)” (p. 29).

Como he mencionado antes, el término salud mental no tiene sentido en estas culturas; ellos hablan de *allin kausay* o *sumaq kausay* (quechua-Perú), *sumaq kausay* (quechua-Ecuador) y *suma qamaña* (aimara-Bolivia), lo cual se concibe como: “buen vivir”, “vivir bien”, “buena vida”.

De modo que se entiende que “Allín Kausay es el [...] balance entre los diferentes elementos, y por ende al bienestar. Podemos entenderlo como buen vivir, que implica un cierto equilibrio entre pensamientos, sentimientos, trabajo, naturaleza, divinidades y otros” (Escribens et al., 2008, p.37).

Ahora bien, el “vivir bien”, no es sinónimo de “vivir mejor”, pues el último implica “a un ser a costa del otro” (Huanacuni, 2010 como se citó en Gutiérrez Salinas et al. 2017). De este modo, el “vivir mejor” está planteado desde una visión individualista, en la que la satisfacción y calidad de vida está dada en función de ser más que el otro; mientras que el “vivir bien” se logra si los otros están bien y si se está bien con esos otros, asumiendo una visión comunitaria, de solidaridad e integración, pues los vínculos entre ellos generan bienestar (Gutiérrez Salinas et al., 2017). En este sentido, el uso de rituales, la convivencia, la equidad, la unidad y la participación promueve el vivir bien y la armonía a nivel individual, comunitario y de la madre tierra (Montoya Vélez, 2020, p. 1161).

Gudynas (2011) comenta que el “buen vivir” o “vivir bien” no corresponde a una definición única, pues tiene ciertas variaciones, pero manteniendo el énfasis en la relación con la naturaleza y con los otros, y no está asociado a las ideas del desarrollo, ingresos económicos, consumo material y utilitarismos como indicadores de bienestar o calidad de vida. Implica el buen convivir. El autor señala que estas concepciones son de carácter plural, incluyendo a otras minorías étnicas, además de los pueblos indígenas y andinos.

En Ecuador y Bolivia, el *sumaq kausay* y *suma qamañan*, respectivamente, han sido contemplados en la constitución como formas de reconocimiento de los derechos indígenas y de las minorías étnicas, en los ámbitos social, político y económico en el marco de los estados plurinacionales (Altmann, 2019; Belotti, 2014; Gudynas, 2011).

Acosta (2010) valora la incorporación de este conocimiento:

el reconocimiento social y cultural, los códigos de conductas éticas e incluso espirituales en la relación con la sociedad y la naturaleza, los valores humanos, la visión de futuro, entre otros. [...] Su aporte, sin embargo, sin llegar a una equivocada idealización, nos invita a asumir otros “saberes” y otras prácticas. (p.14)

El reconocimiento de estos saberes es fundamental para contribuir a no incrementar la desigualdad ya generada por el poco acceso a los servicios de salud mental que tienen estas poblaciones, en especial la rural. En este sentido, la vulnerabilidad e inequidad se hace mayor cuando los/as formuladores/as de políticas públicas no entienden y no incluyen estas miradas diferentes en torno a la salud mental haciendo que dichas políticas sean de carácter descontextualizado, inoportuno y hasta dañino para estas personas de acuerdo a los valores, conocimientos y prácticas culturales de sus pueblos (Montoya Vélez et al., 2020).

En tal sentido, el estudio de Montoya Vélez et al. (2020) realizado desde la perspectiva de los pueblos indígenas en Colombia plantea que:

Algunas de las acciones que los Pueblos y Comunidades Indígenas proponen son las prácticas de los saberes ancestrales, los diálogos de saberes intergeneracionales y el fortalecimiento de los procesos propios para tener un buen vivir, prevenir el desequilibrio o la enfermedad y mantener la identidad cultural viva en el tiempo para las futuras generaciones. Las prácticas tradicionales y los saberes ancestrales son una vía para la promoción de la salud mental en las comunidades, a través de elementos integrales y holísticos como son la Ley de Origen, la ritualidad, la medicina tradicional, la relación con los ancestros, la armonización, las dietas, entre otros. (p. 1165)

Finalmente, es interesante como los/as colaboradores/as de la comunidad a los que entrevisté en este estudio, hablan también de buen vivir y, sobre todo, implican la solidaridad con el vecino, tal como se pudo apreciar en puntos precedentes. Tal vez la diferencia es que las personas de esta comunidad urbana no refieren a la relación con la naturaleza. Así la vida en comunidad parece dar un sentido distinto a la visión que se tiene de la salud mental, apuntando a la salud mental comunitaria.

3.4. Salud Mental Comunitaria: Integración del Contexto y las Relaciones

3.4.1. La noción de Salud Mental Comunitaria (SMC)

Carlos menciona tres niveles de salud mental: “*está la salud en la persona, en la familia, en la comunidad*”; esta última es la que denomina Salud mental comunitaria, la cual considera es “*la salud mental a nivel más macro*” (Carlos, P).

Los modelos más convencionales en salud van a entender la salud mental como un proceso del sujeto, volvemos al problema centrado en el sujeto [...] yo creo que efectivamente, la salud mental comunitaria es más que la salud mental, es la salud mental traducida en contextos donde esa salud da cuenta de una cantidad de ejecuciones, de prácticas, de interacciones institucionales, sociales, históricas, culturales. (Pedro, A)

Pedro, en sintonía con Carlos, refiere a la SMC como este nivel más amplio en el que se dan las interrelaciones en el marco de un determinado colectivo, que desde mi punto de vista incorpora la salud mental de las personas en relación, pues como alude Theidon (2004) la salud mental de la persona y los entornos sociales afectan la salud mental de las comunidades.

Así, asumo que la SMC se construye en el espacio de la intersubjetividad donde se produce una sinergia entre los elementos personales, culturales, sociales, institucionales, ambientales y espirituales, enmarcados en un contexto y momento histórico particular de un colectivo.

No cabe duda que el “buen vivir” estaría más alineado con la SMC que con la salud mental de las personas en el sentido más individualizante; sin embargo, tal como expone Pedro, en los textos de clínica o salud mental convencionales no se recoge la información relativa a los procesos de SMC, siendo, a mi parecer, una tarea a sumar a la construcción de la PCC en investigaciones futuras que permitan reunir las prácticas de SMC y reflexionar en torno a ellas. Pedro, resalta una de estas experiencias:

Tú lo ves en un montón de comunidades en pobreza que generan unas redes maravillosas, por ejemplo, estilos de crianza en comunidades afro que logran dar una oportunidad de contención y oportunidad de crecimiento a los niños más allá de los límites de la casa o sea todas esas son cosas de las que tenemos muchas cosas que aprender. Eso también tiene que ver con salud mental comunitaria y no está en ningún manual de clínica o de salud mental convencional. (Pedro, A)

Los estudiantes de Lima de la MPC, coinciden al reconocer:

También está el componente individual, pero no solo está centrado en el individuo sino en la colectividad. Puedes hablar de la salud mental en una sociedad, pues no solo está a nivel de la persona, porque usualmente, por ejemplo, en psicología clínica está solamente orientada a sujetos ajenos de la dinámica social como tal, pero las personas no somos así, no estamos apartados ni alejados. (E, PUCP Lima)

No ha de estar centrado en el “*bienestar intrapsíquico, sino en las conexiones que tienes con el medio*” (E, UCAB).

Por su parte, los estudiantes de Ayacucho de la MPC mencionan lo que recolectaron con las personas de las comunidades con quienes conversaron acerca de la salud mental, lo cual coincide con la incorporación de los aspectos contextuales y relacionales, trascendiendo lo netamente individual:

Salud mental tiene que ver con el estar bien, estar felices; pero en torno a ese estar bien, estar felices consigo mismas, pero también con el resto. Hay un conjunto de factores que reconocen [...] tener calidad laboral, tener hijos, su familia unida, estar sanos físicamente, estar en paz con mis vecinos, no pelear con mis vecinos [...] El hecho es que esta persona no solo es individuo, sino que es individuo en una comunidad, entonces esas respuestas creo que eran casi en conjunto, ya que los otros opinaban casi lo mismo. (E, PUCP Ayacucho)

Las personas de la localidad caraqueña entrevistadas también aluden a elementos similares a los planteados por las personas de Ayacucho para describir lo que entienden por SMC. Para ellos es “*todos estar bien*” (Alfredo, C, 60 años), “*bienestar entre todos los miembros de la comunidad [...] si todos están felices y también incluye la convivencia entre todos los vecinos, los valores que tengan [...] que se entienda, lleguen acuerdos entre todos para fines comunes*” (Lucero, C, 28 años); “*llevarnos bien con todos los vecinos*” (Martina, C, 63 años), “*tratar de ser cercanos todos*” (Lorena, C, 35 años). “*Será algo así como cuando la comunidad está bien y no tiene problemas (conflictos)*” (José, C, 25 años). Supone tener conciencia de no perjudicar al otro:

...si yo soy comunidad, y tengo una conciencia, y conozco, y sé que yo desde fumarme un cigarrillo y echarte el humo en la cara, eso te perjudica, pues yo no lo hago, si yo tengo conciencia y soy una persona que creo y sé qué es salud mental, porque yo si yo te echo el humo en la cara eso te va a molestar, y si te molesta hay un desajuste. (Dunia, PCS, 60 años)

Para mí es una parte armónica entre todas las personas que habitamos dentro de un mismo espacio que es la comunidad [...], donde haya una buena comunicación, relaciones sanas, donde haya solidaridad, cooperación. (Iris, C, 30 años)

Resaltan entonces la solidaridad entre vecinos: “*es cómo hacemos las cosas con los demás, tomando en cuenta a los demás*” (Lorena, C, 35 años), “*ayudar al otro según el medio donde vivimos, las personas dentro de la comunidad ayudan a dar respuesta y conocer las cosas que pasan en la comunidad*” (Alba, C, 65 años).

Bueno es algo que nosotros lo hemos experimentado acá, [...] cuando tuvimos la tragedia, lo que hemos hecho es trabajar con la comunidad, ayudarla, echar para adelante, para que hoy en día, tenemos 200,189 familias que están bien, acomodados en su casa porque luchamos para que ellos pudieran, y muchos de nosotros que éramos los encargados, como no tenemos muchachos pequeños, todavía estamos en la calle, porque preferimos primero ayudar a aquellos que tenían hijos pequeños, solucionarle sus problemas a ellos y nosotros nos quedamos así. (Octavio, C, 70 años)

3.4.2. Indicadores de Salud Mental Comunitaria

Desde la Maestría de Psicología Comunitaria de la PUCP, se realizaron tres estudios orientados a identificar indicadores de cambio en salud mental

comunitaria/salud mental en poblaciones andinas afectadas por el CAI en el Perú; Apurímac, Ayacucho y Cusco, respectivamente (Arenas, 2016; Coronel, 2020 y Zurita, 2015). El primero de ellos fue construido con las propias personas de la comunidad afectada y los otros dos se elaboraron con los/as profesionales de salud mental que han trabajado con esta la población afectada de la zona en la que desarrollan su trabajo.

Los tres estudios dan cuenta, de manera similar, de las relaciones existentes entre las dimensiones personal, cultural y comunitaria; a pesar de que el estudio de Arenas (2016) es el único desarrollado en una comunidad concreta, con los miembros de la misma y que se refiere a indicadores de SMC. Por esta razón, mencionaré los indicadores de los estudios de Coronel (2020) y Zurita (2015) y explicaré los encontrados por Arenas (2016), dado que al referir a SMC y rescatar las voces de las personas de la comunidad, está directamente alineado con mi investigación.

Zurita (2015) señala los siguientes indicadores de salud mental: muestra conductas autoprotectoras, evidencia preocupación por sí mismo/a, desarrolla su empoderamiento, mejora sus vínculos, valora su identidad, practica la solidaridad, y, participa social y políticamente.

Por su parte Coronel (2020), agrupa los indicadores en 3 dimensiones: personal, cultural y comunitaria. La primera dimensión señala la capacidad para reconocer emociones y recursos a nivel personal; la segunda dimensión evidencia la capacidad de validar los saberes tradicionales de salud mental, y emprender y producir de forma colaborativa; la tercera dimensión incluye la participación en espacios públicos y el favorecer la organización comunitaria.

Arenas (2016), del mismo modo que Coronel (2020), agrupa los indicadores hallados en tres dimensiones: sentido de bienestar, desarrollo colectivo y ciudadanía y gobernabilidad. Estos indicadores de SMC, de acuerdo con el autor, “muestran un sentido holístico de las interrelaciones personales y sociales, y reflejan una concatenación de cambios a nivel personal que también incluyen cambios de naturaleza social y comunitaria” (p. 25).

La primera dimensión es el sentido de bienestar, que es la capacidad de estar bien de manera colectiva para lo cual es importante superar el dolor y el malestar; además, consiste en buscar y ofrecer apoyo social, para sí mismo/a o la comunidad, cuando existen dificultades cotidianas superando lo que les genera malestar y aspirando sensaciones positivas.

Así, el bienestar de la persona no es completo si los demás no están bien e implica compartir una visión de futuro como lo menciona uno sus participantes: “El buen vivir es algo que va dando de a pocos, en el desarrollo de nuestra comunidad, como querer nuestras costumbres y también saber qué queremos más adelante para nosotros” (Tomás como se citó en Arenas, 2016, p. 33). “Ahora la comunidad tiene sueños y busca el desarrollo colectivo de sus miembros, entre el vivir bien y visibilizar un futuro” (Arenas, 2016, p. 33).

La segunda dimensión es el desarrollo colectivo, que será aquella manera en que la comunidad busca superar carencias y obtener mejores condiciones de vida, a través de la generación de vínculos en la comunidad, la gestión y las redes

comunitarias. Agrupa dos indicadores: soporte social (familia y comunidad) y gestión comunitaria.

Tal como mencionan algunos participantes de Arenas (2016): “En las reuniones yo ayudaba, íbamos caminando y ayudábamos a las personas que sufrían de violencia. Íbamos en grupos y hablábamos con las personas que vivían en violencia” (Dora como se citó en Arenas, 2016, p. 33); “La comunidad se siente bien cuando hay unión, cuando trabajamos en ayni (trabajo de reciprocidad), apoyarnos entre todos” (Luis como se citó en Arenas, 2016, p. 34).

“La salud mental está asociada con el soporte social, ya que es la comunidad la que entiende la necesidad de recuperarse y tiene la capacidad de brindar asistencia a sus miembros” (Arenas, 2016, p. 34). En tal sentido, esa gestión comunitaria:

...tiene que ver con acciones para identificar redes fuera de la comunidad, donde puedan solicitar asistencia ante las instituciones y organizaciones de la zona. Se evidencian cuando la población, mediante sus representantes, busca generar acciones y procesos para el desarrollo de mejores condiciones en la comunidad (p.35)

“Cuando vemos que algo no va bien en la comunidad, entre nosotros nos llamamos la atención, explicándonos sobre problemas o algún asunto que interese a la comunidad, de algún trabajo que se tiene que hacer” (Luis como se citó en Arenas, 2016, p. 36).

La tercera dimensión es la de ciudadanía y gobernabilidad, “la cual considera la participación y organización comunitaria, junto al sentirse miembros de la comunidad y la sociedad, reconociéndose como sujetos de deberes y derechos frente al

Estado” (Arenas, 2016, p. 25). “Cuando hay problemas, todos nos involucramos y vemos qué se puede hacer, diciendo que vamos a solucionar este problema y llegando a soluciones” (Pedro como se citó en Arenas, 2016, p. 39).

“Para que una comunidad tenga *sumaq kausay* (buen vivir), tiene que estar bien organizada, ser *chila* (compacta y unida), para que haya más desarrollo y eso se encuentra mediante la organización” (Juan como se citó en Arenas, 2016, p. 39). “Para que la comunidad camine bien, para que la comunidad no viva mal, la comunidad ha llegado a acuerdos para mejorar, donde no haya problemas, sin envidias ni rencores, ni insultos, tenemos que vivir tranquilos” (Luis como se citó en Arenas, 2016, p. 40).

Entonces, las autoridades⁴ se convierten en los referentes más próximos para cuidar la integridad y bienestar de la comunidad con afecto y velar por una buena convivencia entre las personas: “Les hablaba con cariño, como personas que somos, pues. Les informaba que haría gestiones y pedía que me apoyaran, hablamos de lo que falta en la comunidad, si estamos bien organizados o no” (Tomás, como se citó en Arenas, 2016, p. 42). “Esto revela que los miembros respaldan las acciones de las instancias de gobierno como señal de aceptación a sus autoridades y también colaboran con ellos” (p. 42).

De este modo, la ciudadanía “se manifiesta cuando los miembros y la comunidad se adjudican deberes con sus hijos, familia y la sociedad, y, al mismo tiempo, demandan derechos por el respeto de su dignidad e integridad” (Arenas, 2016, p. 42). “De lo sustentando, los participantes evidencian que el ejercicio de sus derechos puede mejorar las condiciones de vida y desarrollo para la comunidad, aspirando desde

⁴ Por autoridades se refiere a personas que son miembros de la propia comunidad que ejercen una posición de liderazgo en la misma.

una superación personal hasta un bien colectivo de las futuras generaciones de la comunidad” (p. 43).

“Para que ya nadie entre a hacer abusos a nuestras casas, ni la policía ni nadie, es conocer nuestros derechos y hacerlos respetar. El vivir bien (sumaq kausay) es respetarnos entre todos como personas, nosotros ya no somos maltratados ni abusados. Eso es el buen vivir” (Tomás como se citó en Arenas, 2016, p. 45).

Al respecto, Jibaja (2009) afirma que la participación ciudadana se logra cuando las personas dejan el rol de víctimas y se sienten fortalecidos desde sus capacidades psicológicas y organizativas, lo cual se puede constatar en los indicadores señalados por las personas de esta comunidad.

Es interesante como en el marco de la atención primaria en salud (APS) en Argentina, se precisan los mismos indicadores de SMC: “1) Participación activa de la comunidad, 2) Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios, y 3) Constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades” (Bang, 2010, p. 243).

Esto nos muestra como la SMC, definitivamente, está relacionada con el ser de las personas en relación, solidaridad y en comunidad; fortaleciéndose para exigir sus derechos y constituirse como fuerza social.

3.4.3. Dilemas en torno a la Salud Mental y la Salud Mental Comunitaria

En las ideas de algunos/as estudiantes colaboradores/as se pueden evidenciar dos posturas vinculadas a la SMC. La primera sostiene el mantener por separado la

salud mental individual y la SMC, demarcando la interinfluencia o independencia entre ambas. La segunda se centra en la vida comunitaria y las personas como parte de esta, un abordaje que no deja de considerar a las individualidades, pero en tanto seres sociales.

En cuanto a la primera postura, los estudiantes de la MPC de Lima de la PUCP hacen unos cuestionamientos vinculados con la interacción entre el ámbito individual y colectivo:

... si una persona tiene salud mental individualmente, es decir, si hay un balance entre lo emocional, lo psicológico; ¿eso implica que necesariamente a un nivel colectivo también va a haber lo mismo? Si uno está bien psicológicamente y el medio no está bien, ¿ese individuo tiene salud mental o no? O, por el contrario, si es que en el medio donde vive hay salud mental, pero él no se siente individualmente saludable, ¿tiene o no tiene salud mental? (E, PUCP Lima)

Valeria ofrece una posible respuesta a esto en la que ambos procesos pueden tener cierta independencia, considerando que en “*lo comunitario automáticamente ves todo como desde el grupo, desde un conjunto de personas que muchas veces puede funcionar, independientemente de que alguna de estas personas funcione en su vida diaria quizás de una manera no tan saludable*” (Valeria, PE PUCP).

...estas personas viven con los duelos, viven con la matanza, viven con esas angustias, y así viven; pero al mismo tiempo tú ves la comunidad desde el punto de vista sano [...], son las mismas personas que de repente tienen noches de crisis o noches de golpear a la esposa, o qué sé yo, porque hay muchos

problemas en verdad; desde el punto de vista psicológico, podríamos tener muchos trastornos [...], pero desde el punto de vista comunitario, [...] podrías observar muchas variables positivas, de participación, de grupos, de música, de disfrutar juntos, de comer, de los niños, creo que a pesar de que todo eso exista, cuando se habla de organizarnos como comunidad para salir adelante, una cosa puede convivir con la otra. (Valeria, PE PUCP)

Otros estudiantes, sostienen la necesaria interinfluencia entre ambos procesos, pues *“la salud mental comunitaria pasa de ser un plano individual a un plano más colectivo. Porque lo que pasa en el plano colectivo termina afectando a la persona al ser comunitaria”* (E, PUCP Ayacucho), *“para tener salud mental individual es necesario que haya salud mental comunitaria”* (E, UCAB), *“por ejemplo, una persona que es pobre, no tiene dinero, está desempleado y con problemas familiares; obviamente que la capacidad de respuesta de una persona de esa situación es muy difícil. ¿La salud mental cómo estaría?”* (E, PUCP Ayacucho).

En esta línea, para una estudiante de la UCAB, la SM y la SMC:

son como teóricamente distintos, pero no quiere decir que no están relacionados, [...] uno habla más de las relaciones, y otro es más individual. Es decir, hay una salud mental que tú puedes definir individual, pero también puedes hablar de la salud mental comunitaria viéndolo más como del grupo. (E, UCAB)

En este sentido Rivera (como se citó en Rivera y Velázquez, 2017) afirma que la denominación de SMC busca justamente enfatizar la imposibilidad de deslindar la

dimensión individual de la dimensión comunitaria y colectiva en el concepto de salud mental.

En cuanto a cómo se evidencian estos procesos en la vida comunitaria, los estudiantes exponen lo siguiente:

...en las comunidades, la salud mental tendría que ver mucho con esa vivencia comunitaria de respeto con comprensión, pero también, qué pasa si hay por ejemplo desconfianza, se vive en desorganización, en una comunidad donde cada quien vive por su lado, entonces la salud comunitaria no estaría yendo bien [...], hay una conexión entre lo que es el ecosistema y la persona, eso es muy propio de la comunidad. Yo soy feliz en la medida en que las demás personas de la comunidad son felices y también me involucro en sus problemas y la resolución de sus problemas. (E, PUCP Ayacucho)

Tiene que ver full con la aceptación dentro del grupo, si puede vincularse sanamente dentro de la comunidad, también el poder conciliar las diferencias que hay en la comunidad como parte de esa dinámica. (E, UCAB)

Luego de las diversas ideas presentadas, considero que los/as estudiantes de Ayacucho ofrecen una manera clara de entender la salud mental comunitaria:

...es el aspecto de crear lazos entre los pobladores de esa comunidad, a su vez también la relación de confianza y a su vez también tener que la comunidad sea un tejido de soporte para los miembros de la comunidad, y en el cual cada uno de ellos como individuo también interactúe con la comunidad. (E, PUCP Ayacucho)

Todo ello, teniendo como punto de partida el “bienestar común” que es el que *“permite establecer relaciones de vínculo de ida y vuelta con los demás”* (E, PUCP Ayacucho).

De esta manera, la salud mental comunitaria comprende las personas, el entorno y el colectivo, y la manera como estos se conectan de una manera ecológica y ética:

...viene a ser cómo las personas y el grupo de personas de la comunidad se nutre de lo que es el medio ambiente, cómo todo este entorno natural puede influir en la persona y cómo la persona tiene el cuidado no solamente de incidir en la salud o en el malestar de la otra persona, sino también de todo el entorno. (E, PUCP Ayacucho)

Escribens y otras (2008), desde su estudio con una comunidad altoandina del Perú, coinciden con las formulaciones realizadas por los/as colaboradores/as, rescatando que la salud mental se da tanto en lo individual como en lo colectivo, por lo que cada persona requiere del otro y del colectivo. Ello requiere reconocer al otro tal como es, pues el mal trato, como puede ser la discriminación, afecta el buen vivir.

En este punto, el debate se inicia con poder definir la SMC y ello siempre estará a la sombra de la noción de SM, priorizada desde su carácter individual, es decir, como constitución del propio individuo por dinámica que resulte, aunque incorporando la influencia de las relaciones y el entorno.

No obstante, las personas de las comunidades, las involucradas directamente en este estudio y las pertenecientes a los estudios acá mencionados, en torno a los indicadores de SMC/SM en el Perú, invierten el orden del sentido lógico de la

psicología, para colocar como eje principal el ser en colaboración o conflicto con el otro, el ser pensado en su particularidad o en el colectivo siempre mencionado en esa vinculación con el otro.

Los/as estudiantes colaboradores/as del estudio ponen en evidencia este dilema de la interinfluencia o la indivisibilidad de ambos ámbitos. Ante lo cual me corresponde asumir que mantener el dilema es de gran utilidad, por cuanto SM/SMC están funcionando como una sola, conectadas en el universo de la intersubjetividad. Sin embargo, nombrarlas por separado nos permite visibilizar la SMC que ha sido obviada o sobreentendida en el marco de hacer comprensiones contextualizadas de las individualidades, sin querer involucrarnos en esa salud que vive el colectivo en tanto construcción de los seres sociales que la constituyen.

Debo admitir que, al inicio de esta investigación, la SMC era una noción efímera, que no encontraba donde ubicar, pues al colocarla incluso en los buscadores de información web, emerge vinculada al modelo de Salud Mental Comunitaria o a la prestación de servicios de manera formal. Por ello, la incorporé como un aspecto a indagar en los guiones de entrevista y talleres realizados, a fin de poder dilucidar cómo se podía traducir.

Justamente, han sido las personas de la comunidad, sea que estuvieran en mi estudio o en el de otros/as colegas, con objetivos de investigación distintos a los míos las que dieron respuesta a esta incógnita. Ello tiene sentido ya que son quienes, de manera directa, viven la SMC. Lo encontrado deja claro para mí, al menos en este

momento, el lugar central que ocupa la SMC para la PCC, convirtiéndose, a mi modo de ver, en un aspecto ineludible de su praxis.

La siguiente cita de Martín-Baró (1984), rescata los aspectos nucleares de este aparte:

Si la base de la salud mental de un pueblo se encuentra en la existencia de unas relaciones humanizadoras, de unos vínculos colectivos en los cuales, y a través de los cuales se afirme la humanidad personal de cada cual, y no se niegue la realidad de nadie, entonces la construcción de una sociedad nueva o, por lo menos, mejor y más justa, es sólo un problema económico y político; es también y por principio un problema de salud mental. No se puede separar la salud mental del orden social, y ello por la propia naturaleza del objeto de nuestro quehacer profesional. (p. 512)

3.4.4. Comunidad Saludable: convivencia, apoyo y organización

Luego de debatir en torno a la SMC, nos corresponde intentar concretar a qué podríamos denominar una comunidad sana. A lo que una estudiante de la UCAB, en primer lugar, expresa que es aquella que, “*cumpla con toda la definición de comunidad [refiere a la de Montero, 2004] y representa como aspectos saludables para esas personas*” (E, UCAB).

Ello implica, entonces, que se trata de un grupo en constante transformación, cuya interacción genera un sentido de pertenencia y lo fortalece como potencialidad social. Si retomamos los planteamientos realizados antes por los/as colaboradores/as y la literatura incluida en el diálogo podemos encontrar como elemento común el tener un sentido como colectivo. En cuanto el ser una potencialidad social como comunidad,

los indicadores de SMC descritos en las investigaciones reseñadas antes dan cuenta de ello al apuntar hacia la organización comunitaria, la exigencia de derechos y la construcción de la ciudadanía.

Un tema se desprende de esta idea y es el hecho de que para poder pensar en la SMC debe existir tal comunidad, es decir, que las personas deben sentirse parte de un colectivo sobre el cual se pueda pensar en torno a su salud.

Para otra estudiante de la UCAB es “*una comunidad donde los miembros están integrados de alguna manera, donde existe problemática, pero la manera de afrontarlo es donde todos se unen para eso*” (E, UCAB). Esto se conecta con lo que plantea a continuación Elena relacionándolo con el fortalecimiento comunitario y la generación de vínculos:

Una comunidad saludable sería donde las personas están fortalecidas a tal punto que, justamente, pueden transitar entre estos dos puntos, estén más cerca o estén más lejos, en esto que sería el bienestar, porque se asume un poco que va a ver conflictos, va a haber crisis, pero se van a poder soportar, entonces no va a generar algo más grave, sino que se va a poder sostener. Creo que tiene que ver con la generación de vínculos que ayuden a soportar también. (Elena, PE PUCP)

Isabel continúa en la misma línea de sus compañeras, incorporando la idea de poder hacer frente a los mecanismos de control social que subordinan a las comunidades excluidas:

Creo que una comunidad saludable en términos generales podría ser aquella que estos mecanismos de control social que se concretan en la generación del

miedo, la culpa, la vergüenza en las personas puede estar en manos de ellos. Y mientras las personas, la propia comunidad puedan construir sus propios discursos de bienestar, sus propios discursos de respeto a la diversidad, a la particularidad, etc. (Isabel, PE PUCP)

Una comunidad sana será con valores, principios, respeto, donde cada individuo que se desarrolla juega un papel protagónico y fundamental para el desarrollo colectivo, y social de la comunidad [...] Soñadamente, [...] que fuera organizada, que pensara en el vecino, que le gustara participar, que le gustara mejorar el entorno, despreocupada. (Dunia, PCS, 60 años)

Una comunidad está saludable cuando la comunidad está organizada, con participación activa para resolver sus problemas y precisan sus necesidades y gestionan sus demandas entre las comunidades correspondientes; es decir, una comunidad empoderada. Es una población que ejerce sus deberes y derechos, una comunidad que sepa reconocer sus debilidades y trabajar para superar y transformar solidariamente. (E, PUCP Ayacucho)

Por otra parte, Jonás prefiere no ser categórico al decir lo siguiente:

Yo creo que una comunidad saludable es como el sonido de una radio: los que están más cerca a la radio disfrutan más de la música, los que están más lejos escuchan menos del sonido, no van a escuchar tan bien. La comunidad en diferentes intensidades vive su salud, hay algunas personas que se sienten mejor en determinado momento: estarán más cerca de la onda de la radio, otras estarán más alejadas porque tienen otros problemas y pasará similar con las que están en otro momento y espacio, otras estarán más alejadas de este sonido disfrutarán menos de eso y las que estaban antes lejos probablemente estén más cerca; es algo que va fluctuando. (Jonás, PE PUCP)

Esta apreciación de Jonás evidencia la idea de la comunidad en permanente transformación incluida en el concepto de comunidad al que refirió Marcia y alude, además, a un aspecto que me parece interesante que es el hecho de no emplear criterios categóricos que puedan dar cuenta de si una comunidad es sana o no.

La idea de la solidaridad y la convivencia aparecen como elementos nucleares dentro de la SMC, pero ello va acompañado de los posibles conflictos que emergen y, en este sentido, es importante pensar en la comunidad no sólo desde sus puntos de encuentro sino desde sus desencuentros, pues no se trata de un grupo homogéneo, tal como lo advierte Wiesenfeld (1997).

Así, es importante abandonar la tendencia a centrarnos en las comunalidades para poder reconocer y pensar nuestras intervenciones desde los modos de conexión de las diferencias (Montenegro et al., 2014; Rodríguez Ferreyra, 2020) puesto que “...elementos en principio contrapuestos se articulan en la conformación de una acción común sin que ello suponga renunciar a los elementos diferenciadores que los constituyen y mucho menos, a la conflictividad que esos elementos puedan implicar” (Montenegro et al., 2014, p. 39).

Finalmente, podemos apreciar congruencia entre los planteamientos de los/as colaboradores/as y la literatura en torno a reflexionar respecto de la noción de SM y SMC para dar sentido a la PCC en su praxis, a fin de que no sólo se trate de un conocimiento producido en el que se decreta, por decirlo de algún modo, una mirada integral de la SM, distante de lo que puede ser un accionar en la vida cotidiana, donde se mantienen aún la estigmatización y el énfasis en la individualidad.

De tal forma, que se cuestionan estos aspectos, invitando a abrir la comprensión hacia la experiencia de poblaciones usualmente marginadas, las cuales en estas páginas tienen voz a través del diálogo en esta investigación, o de manera directa o indirecta si es que participó en otros estudios sensibles a esta temática. Voces que colocan como fundante la convivencia comunitaria para garantizar el bienestar y a partir de allí poder organizarse y demandar sus derechos.

3.5. *Bienestar-Malestar*

Las secciones anteriores nos han mostrado que la SM y la SMC no son procesos que excluyen lo conflictivo o los aspectos negativos propios de las vivencias humanas, por lo cual se ha hecho necesario abrir un lugar para debatir sobre el tema, en tanto es el puente que permite conectar la SM/SMC con los procesos clínico-comunitarios, en la dinámica que los envuelve.

Al referirnos al bienestar, de nuevo nos enfrentamos con la tradición psicológica que enfatiza en la individualidad, siendo el estudio del bienestar subjetivo el más conocido en la disciplina, el cual da cuenta de un fenómeno propio del psiquismo como hecho particular.

Sin embargo, autores como Castella Sarriera (2015) se han dedicado al estudio del bienestar sociocomunitario, el cual reconoce variables como la presencia de las condiciones materiales, la pobreza, el ambiente y, en especial, la identidad comunitaria; encontrándose que el sentirse parte de una comunidad, favoreciéndose de las relaciones y aportando a ella, se convierte en una fuente de satisfacción importante para las

personas. Este último guarda relación con el proceso de SMC, pero tal como pudimos apreciar en los estudios de indicadores de cambio de esta, aunque se enfatice en el ámbito de la identidad comunitaria, existen otras áreas involucradas.

Adicionalmente, el autor muestra el modelo de bienestar multidimensional que incorpora la interrelación entre todas las variables y dimensiones propuestas en torno al bienestar: psicológico, subjetivo, social y socio-comunitario, reconociendo que el bienestar es un proceso complejo en el cual intervienen diversos ámbitos.

Priellentensky (2005, 2008, 2011) propone un modelo de bienestar enmarcado en la psicología comunitaria y desde una perspectiva crítica, por lo cual, aunque no es desarrollado en el contexto latinoamericano, estimo es menester mencionar dada su congruencia con la visión asumida en este estudio.

Este autor coincide con Castella Sarriera (2015) en considerar que el bienestar de las personas depende del bienestar de sus relaciones y de la comunidad en la que reside; implica, entonces, la satisfacción simultánea y equilibrada de las necesidades de estas tres dimensiones. Es un modelo de carácter multidimensional y ecológico, que habla del bienestar como equidad (Priellentensky, 2005; 2008, 2011).

De esta manera, el bienestar tiene un carácter tanto psicológico como político, así, por ejemplo, la salud es una necesidad personal que requiere contar con servicios sanitarios adecuados, siendo este un criterio de justicia. En cuanto al ámbito relacional, el autor reconoce la presencia del conflicto y, por tanto, es la aceptación de la diversidad la que permite el reconocimiento de las personas y la democracia, la que garantiza la posibilidad de expresión de sus opiniones (Priellentensky, 2008).

En este sentido, a los psicólogos comunitarios les corresponde buscar el equilibrio entre estas dimensiones y por tanto hacer crear espacios en las comunidades, instituciones sociales y el Estado para hacer posible este equilibrio. Para ello, se deben tomar en consideración los valores de autodeterminación, participación, desarrollo de capacidades comunitarias, determinantes estructurales y culturales y la justicia social (Priellentensky, 2005; 2008; 2011).

Estos dos modelos nos ofrecen las bases para entender el bienestar desde una perspectiva integral y enmarcada en la justicia social. Sin embargo, no pretendo detenerme a presentar los detalles de estos modelos, ya que más bien quiero centrarme en el continuo malestar-bienestar, como sustento de la SMC y los procesos clínico-comunitarios.

De otra parte, al referirnos al malestar, nos encontramos con que este,

es analizado en términos de conflicto y descrito como una situación contradictoria, incompatible entre sí, que puede ser registrado por el sujeto tanto en forma consciente como inconsciente. En este último caso, el sujeto percibe la tensión o la ansiedad, pero no conoce ni discrimina los términos que producen el conflicto. Según esta autora, el malestar debe considerarse como un hecho social, buscando sus orígenes en las leyes culturales que imponen condiciones opresivas a las mujeres. (Burin como se citó en Augsburger, 2002, p. 65)

La autora citada habla desde el feminismo, por ello refiere a las mujeres, no obstante, la palabra mujeres pudiera sustituirse por cualquier otra minoría que social y culturalmente ha sido oprimida (pobres, homosexuales, indígenas, “locos”, entre otros).

Si bien tanto estas nociones de bienestar y malestar descritas apuntan hacia un entendimiento más integral, como se ha evidenciado líneas arriba, el reconceptualizar la salud mental implica entenderla como un continuo en el que las personas y las comunidades transitan entre el bienestar y el malestar de manera fluida, aun cuando tendamos siempre a buscar el bienestar y atender el malestar.

“Más que categorías dicotómicas, el malestar y el bienestar coexisten como parte de un mismo proceso, son dimensiones de un todo más complejo e integral que expresa un continuo de salud-enfermedad” (Rivera y Taype, 2013, p. 101).

La novela de Mario Benedetti, *La Tregua*, hace que su persona circule en reflexiones relativas a este continuo, tales como: “No sé si soy una persona triste con vocación de alegre, o viceversa, o al revés. Lo que sí sé es que hay algo de tristeza en mis momentos más felices, al igual que siempre hay un poco de alegría en mis peores días” (p. 89).

Se trata de una perspectiva holística, tal como se plantea en la cosmovisión de los pueblos originarios (Arenas, 2016; Escribens et al., 2008; Montoya Vélez et al., 2020; Zurita, 2015). En las comunidades altoandinas se concibe la existencia de un continuo entre el ser humano y la naturaleza, el individuo y la comunidad, lo cual se refleja en los diferentes ámbitos de su vida y se constituye en un sujeto que se sienta y piensa como parte de un todo (Escribens et al., 2008).

Tal vez parezca obvio que esto es así, pero al igual que ocurre con la inclusión de la noción de SMC, es perentorio evidenciar este continuo, al menos para la PCC, como la forma de comprender los procesos clínico-comunitarios, a fin de problematizar

miradas idealizadoras que se empeñan en el alcance del bienestar o, por el contrario, aquellas que, centradas en el malestar, construyen patologías y/o víctimas. Se trata de no intentar forzar el alejamiento de uno u otro, sino de acompañar la dinámica entre ambos, que no suele tener un carácter lineal.

En el estudio de Rivera y Taype (2013) las personas perciben estos procesos como transitorios y no aislados, aun cuando sean duros, como se evidencia en la siguiente cita que recuperan de sus participantes "...aunque sea, caminando alegrándote doctora. Saliendo al centro (de la ciudad), con línea (de bus), está sano. Si vuelta estoy entrando a mi casa, duele..." (Estela como se citó en Rivera y Taype, 2013, p. 99).

...la salud mental es concebida como un balance; esto no implicaría eliminar o sacar "lo malo" –la "enfermedad"– para reemplazarla por algo distinto, entendido desde la lógica occidental como bueno o saludable, sino que se busca el equilibrio entre los diferentes elementos presentes ya que todos son importantes para la vida, por ejemplo, la pena, la alegría, la cólera, el dolor, asimismo la armonía entre el cuerpo, los cerros, la tierra, etc. (Escribens et al., 2008, p. 36)

"Si bien existe una "ideología de la armonía", ésta coexiste con los conflictos perpetuos" (Theidon, 2004, p. 38).

Y es así como, Karina, expresa que al trabajar con las personas acerca de lo que es salud mental estas la definen como:

...bien estar, que es el estar bien y ellos lo van entendiendo con un concepto distinto a la enfermedad mental, sino a la sensación de sentirse bien, satisfecho,

contento, alegre, el poder manejar las distintas situaciones de conflicto que se le puedan presentar también, ellos entienden que los problemas y las dificultades son parte también de la salud mental y tiene que ver en cómo ellos se enfrentan a esas cosas. (Karina, P)

Resalto que, desde nuestra noción integral de la salud mental, pareciera que dejamos de lado el conflicto y las oportunidades que emergen de las circunstancias limitantes.

Por otro lado, del mismo modo como ocurre con el buen vivir, los malestares son expresados con términos particulares, que tienen una significación cultural propia (Escribens et al., 2008; Rivera y Taype, 2013), los cuales deben ser captados y entendidos por los/as profesionales en el proceso de diálogo con las personas a fin de reconocer justamente aquello que genera sufrimiento en estas sin colocar códigos o interpretaciones ajenas que hagan que pierda el sentido para ellas. Ello se evidencia en el estudio de Rivera y Taype (2013), cuando las razones por las que las personas dicen buscan ayuda no corresponden con el diagnóstico expresan los/as psicólogos/as.

En este orden de ideas, tal vez sería adecuado emplear los términos mal-estar y bien-estar, con guion, para no olvidar su sentido original de estar bien o estar mal, como es usualmente empleado por las personas, pues nuestros tecnicismos a veces nos alejan de las personas con las que trabajamos y la significación que para ellas pueden tener ciertas palabras. Algunas de ellas pueden ser desconocidas para nosotros, porque pueden pertenecer a otra lengua o jerga local, pero otras son parte de nuestra propia cotidianidad e intentamos traducirlas para darle un sentido técnico a las mismas.

Rivera y Taype (2013) conciben el malestar-bienestar como:

una construcción dinámica, intersubjetiva y social, en cuya construcción del padecimiento y de su relación con el entorno, la persona busca diversos tipos de ayuda. Se asume que se trata de un proceso marcado por el dinamismo propio de las vivencias, de sus percepciones de malestar y del contexto en el que se desarrolla. (p. 95)

Las autoras mencionadas consideran el malestar-bienestar como la expresión de eventos o situaciones de carácter interno o externo que son percibidas como perturbadoras o gratificantes por las personas en relación consigo mismas o con el entorno. Pueden referir al pasado, presente o futuro y pueden estar ligados a pensamientos, sentimientos o acciones.

Si bien el marco del estudio presentado por estas autoras es con personas que buscaron ayuda en un servicio de salud, me parece que continúa más centrado en la persona como ente que percibe el malestar-bienestar en solitario, considerando que estas personas fueron afectadas de manera primaria o secundaria por el CAI y que pertenecen a comunidades con esta experiencia común. A pesar de que luego en el texto afirman que las personas hablan desde los significados de su colectivo, ello no queda expresado en la definición.

De este modo, las autoras introducen una idea interesante que da respuesta a esto al describir las vivencias también como un continuo; en el que las personas pueden identificar las similitudes y diferencias propias entre sus vivencias en este continuo, así como la de los otros respecto de la salud-enfermedad. “Incluso estas son fragmentadas,

contradictorias, parcialmente compartidas, y construidas localmente en determinados contextos históricos, y solo evidentes a partir de comportamientos y de una narrativa” (Rivera y Taype, 2013, p. 95).

En este sentido, las personas al referirse al malestar lo hacen en función de lo que consideran bien-estar y de acuerdo a los referentes culturales del colectivo social al cual pertenecen. Lo muestran desde una visión integral que da cuenta de la interacción entre sentimientos, pensamientos, emociones y acciones; y en función de su contribución productiva (laboral, académica) y las relaciones con personas significativas.

Del mismo modo, reconocen el malestar como algo transitorio y no fijo que convive con otras situaciones. Elementos como la contribución productiva, desde mi perspectiva, requerirían ser problematizados, en tanto parecieran responder a parámetros normativos, que en ocasiones pueden ser opresores o ajenos a la realidad de las personas y las comunidades.

Rivera y Taype (2013) concluyen que:

el malestar-bienestar tiene un fuerte acento emocional en las personas, ligado a sentimientos, recuerdos, valoraciones, más que a lo cognitivo per se. Así también, se identifica que no se trata de un malestar únicamente psicológico-individual (intrapsíquico), sino psicosocial, con la influencia determinante del entorno y, en particular, de sus familiares. En el entorno en el que no solo encuentran sus propios vehículos de expresión y alternativas de acción. Sino que también es generador o habilitador de malestar-bienestar [...] Se crea a partir de estas interacciones nuevos sentidos para estos contenidos y así toman

decisiones o se dirigen acciones que contribuyan a la búsqueda de bienestar [...] La posibilidad de poder identificar en sí mismo/a la sensación de malestar o de bienestar - o ambas- configura uno de los escenarios relevantes para la búsqueda de ayuda. (p. 99)

Valiéndome de las propias ideas de las autoras en el texto, me atrevo a replantear su definición, acorde a lo que me parece más congruente para una definición útil para la PCC. Así, el malestar-bienestar es un continuo dinámico, fundamentado en la construcción intersubjetiva, anclada histórica y contextualmente, en el que las vivencias de las personas y colectivos son percibidas por estos como gratificantes o perturbadoras, a distintos niveles de intensidad, en el transitar de un momento dado.

3.6. Sufrimiento Psicosocial, Trauma Psicosocial y Fortalecimiento Clínico-Comunitario: Comprensión desde el Continuo Malestar-Bienestar

Las primeras veces que entré en contacto con grupos de campesinos desplazados por la guerra sentí que mucho de su proceder mostraba trazas de delirio paranoide: estaban constantemente alertas, multiplicaban las instancias de vigilancia, no se fiaban de nadie desconocido, sospechaban de todos cuantos se acercaran a ellos, escrutaban los gestos y las palabras en busca de posibles peligros. Y, sin embargo, conocidas las circunstancias por las que habían pasado, los peligros reales que aún les acechaban, así como su indefensión e impotencia para enfrentar cualquier tipo de ataque, uno llegaba pronto a comprender que su comportamiento de hiperdesconfianza y alerta no constituía

un delirio persecutorio fruto de sus ansiedades, sino el planteamiento más realista posible dada su situación vital. (Martín-Baró, 1984 p. 506)

Dadas las condiciones de vida precarias de gran parte de la población en nuestro continente:

...existe una serie de problemáticas que afectan la salud mental, ya no sólo a nivel de los individuos sino de comunidades enteras, donde los elementos intrapsíquicos pasan a constituirse en un proceso intersubjetivo dentro de una vivencia común. Tal es el caso del abuso sexual, duelo tras muertes violentas y la violencia en sus diferentes manifestaciones (social, intrafamiliar, de género). (Goncalves-de Freitas, 2012, p.3)

Ante situaciones como estas, la disminución de la conciencia crítica y el poder de las personas para entender y enfrentar su condición de vulnerabilidad y riesgo, el estrés sociopsicológico y su identidad de oprimido puede manifestarse a través de tres dimensiones que expresan bloqueo, disociación o desorganización orgánica, psicológica y social, lo cual limita o impide a la persona cuidarse a sí mismo, de los otros y de la comunidad en la que vive (Góis, 2008).

Todo ello, entonces, nos lleva a pensar en cómo entender y trabajar con estas problemáticas instauradas en vivencias colectivas de carácter histórico y contextual, en las que se pueden apreciar particularidades de una localidad y nación, así como las similitudes o trazos comunes propios de contextos más amplios, en nuestro caso el latinoamericano.

Entendemos que en estos abordajes resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad. (Bang como se citó en Bang et al., 2020, p. 52)

Pareciera entonces que al hablar de clínica-comunitaria no se trata de prescindir de la atención individual ni social, sino de mirar a procesos antes no contemplados por la psicología clínica y la psicología comunitaria de manera independiente: los procesos clínico-comunitarios, es decir, aquellos procesos psicológicos, de carácter intersubjetivo, envueltos en el continuo malestar-bienestar o en el transitar del “buen vivir” que afectan o potencian la vida de las comunidades y sus miembros producto de aspectos contextuales, históricos, culturales y relacionales.

Entendiendo comunidad no determinada por una condición geográfica, sino por una identidad e historia compartida en el marco de interacciones cotidianas. Lo clínico-comunitario, entonces, estaría centrado en lo compartido más que en lo particular, sin dejar de considerar la importancia de la subjetividad de las personas. Como plantea César, *“la persona está hablando por ella misma, pero está siendo portavoz del grupo, porque muchos tienen las mismas circunstancias”* (César, A).

Para Teresita estos procesos tienen que ver con *“todo este trabajo a partir de necesidades sociales, pero que tengan incidencia en experiencias particulares que requieran un trabajo clínico como decíamos por ejemplo procesos de duelo, o procesos de violencia”* (Teresita, A).

Para Tesania, “*cuando hablamos de un trabajo en la clínica comunitaria van a aparecer temas que no necesariamente aparecen en lo social comunitario: dolor, tristeza, violencia, afectación, muerte y un montón de constructos*” (Tesania, A).

A partir de lo mencionado por los/as colaboradores/as podemos precisar tres procesos clínico-comunitarios centrales: sufrimiento psicosocial, trauma psicosocial y fortalecimiento clínico-comunitario. Ahora bien, habitualmente los dos primeros, sin el adjetivo psicosocial, son propios de la psicología clínica y el tercero de la psicología comunitaria. No obstante, el abordaje planteado acá, estaría en la línea de lo clínico-comunitario, teniendo como punto de partida el que son una experiencia de carácter colectivo, es decir vivida por un grupo de personas, que comparten una determinada condición contextual y que, por tanto, tiene una base psicosocial que supone intersubjetividad.

3.6.1. Sufrimiento psicosocial

Los/as colaboradores no abundan en la conceptualización del sufrimiento y trauma, aunque atraviesa todo su discurso en los diferentes puntos tratados, por ello este es uno de los apartados de los resultados que, como he mencionado, ha requerido incorporar una mayor participación de la literatura, en este caso procedente de otras áreas de la psicología.

3.6.1.1. *Entre patologización y contextualización del sufrimiento*

Al pensar en el sufrimiento usualmente establecemos categorías que patologizan, desde una dimensión intrapsíquica, tal como menciona Theidon (2004) al referir al trastorno por estrés postraumático (PTSD) en el marco de la violencia política:

Creemos que el PTSD es una categoría diagnóstica que deja insuficiente espacio para las diferencias culturales, la producción socio-histórica del malestar y el impacto del racismo y de la pobreza tanto en la trayectoria de la recuperación posconflicto cuanto en la vida más amplia [...] Con el PTSD se da prioridad a lo intrapsíquico sobre el contexto social. El énfasis del tratamiento está en la esfera intrapsíquica y en el individuo, y este énfasis descuida sistemáticamente la importancia de los factores contextuales. Borra sistemáticamente la dimensión sociopolítica y moral del sufrimiento. Oscurece el plano del significado, llegando a elaborar una lista de síntomas sin tomar en cuenta qué quieren comunicar estos síntomas (p. 42)

Los autores que critican las clasificaciones en torno a los malestares psicológicos consideran que detrás de cada categoría esconden los valores culturales de lo que una sociedad y una época consideran una “vida buena” (Llorens, 2006).

Augsburger (2002, 2004) deslinda la categorización de la patología del sufrimiento en tanto este está relacionado más con lo social y lo subjetivo, lo cual nos ofrece pistas para ubicar el sufrimiento en el marco de la PCC. La autora, desde el campo de la epidemiología psiquiátrica, considera que las categorías deben ser sensibles y adaptarse a los problemas actuales de SM de las personas y poblaciones, relacionándolos a sus situaciones de vida. Todo ello fuera de una mirada patologizante,

en la que se obvia la dimensión subjetiva del sufriente; pues una es la conceptualización que los/as profesionales hacen de una enfermedad y otra, la vivencia de quien lo padece. Justo en esta última es que se ubica la noción de sufrimiento psíquico. En este sentido, es menester precisar algunos aspectos a considerar:

- Que desde afuera no se puedan ubicar signos y síntomas respecto del malestar que alguien ha referido, no le resta valor.
- “El proceso de etiquetamiento que la enfermedad produce (diagnóstico) le confiere un destino dentro del conjunto social, y ese destino desliga el sufrimiento del proceso que le dio origen” (Augsburger, 2002, p. 65).
- Las condiciones concretas e históricas en las que se dan los padecimientos le dan un carácter procesual.
- El sufrimiento y malestar no pueden considerarse dentro de la categoría de enfermedad. Ello conlleva en que en oportunidades sea desmerecida la atención del sufrimiento al no entrar en los parámetros diagnósticos que lo colocan como enfermedad.

Theidon (2004) afirma que:

En una sociedad de posguerra, el enfocarse en la psicopatología individual borra la devastación social producto de la violencia política. No podemos recuperar individuos sin reparar el entorno social en el cual viven. Si hay una mujer que sigue viviendo frente a su violador o un padre que ve al asesino de su hijo en la feria cada semana, ¿dónde ubicamos el "trastorno"? ¿Hay un trastorno mental o un trastorno de las relaciones sociales producto de la injusticia y de la impunidad? (p. 42-43)

En definitiva, “el sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos culturales y socio históricos definidos y no un problema biológico” (Augsburger, 2002, p.74).

3.6.1.2. Sufrimiento psicosocial: diferentes denominaciones, un mismo fenómeno

Ussher (2012) alude al término “padecimiento subjetivo”, el cual no puede restringirse a categorías individuales sino complejas en tanto las problemáticas se van articulando desde diferentes ámbitos: comunitario, socio-histórico y cultural. En función de ello, puede abordarse desde distintas áreas, interdependientes y concatenadas en un trabajo conjunto.

César prefiere hablar de “*dolor colectivo, sufrimiento social*”; mientras que Góis (2008) alude al sufrimiento cotidiano (ya desarrollado en el marco referencial). Por su parte, Herrera Bautista y Rodríguez Rodríguez (2014) refieren a sufrimiento social, el cual lo consideran cada vez más presente en su país (México), resaltando la situación de violencia y “fuego cruzado” relacionada con el narcotráfico y su normalización en esta sociedad. Plantean que:

...sufrimiento social trasciende el género, el estrato social, la edad, el parentesco y se presenta cuando los miembros de un grupo, sector o clase de una sociedad, coinciden en percibir como problemática o dolorosa la situación que atraviesan, donde la integridad de su entorno se ve afectada y amenazada y, por ende, su bienestar (p.79) [experimentando sentimientos de desdicha y minusvalía].

Por su parte, Pedro plantea el sufrimiento psicosocial colocando como ejemplo el caso de Venezuela apuntando a la manera en que las personas o grupos logran resistir ante situaciones adversas, lo cual, desde mi punto de vista, da cuenta directa de las capacidades o recursos:

Cuando piensas el sufrimiento psicosocial en un país que se encuentra en condiciones autoritarias, con un desgaste institucional importante y no hay fiscalización y te pones a revisar, por ejemplo, los diferentes procesos individuales, sociales, comunitarios de resistencia que se generan ante esos procesos. (Pedro, A)

Sawaia (1998) introdujo el término de sufrimiento psicosocial y dentro de él incluyó el sufrimiento ético-político, el cual ha sido ampliamente incorporado por otros autores, como señala Bertini (2014) en el estado del arte vinculado al uso de esta noción.

El sufrimiento psicosocial, siendo de carácter más amplio, incluye las múltiples afecciones del cuerpo y del alma que mutilan la vida de diferentes formas; y el sufrimiento ético-político se define por la manera como soy tratado y trato al otro, en la intersubjetividad, que es tanto cara a cara como anónima y que se define históricamente. Este mantiene a las personas en una condición de servilismo e inactividad, que resta su autonomía, en tanto está centrado en el proceso de inclusión-exclusión (Sawaia, 1998).

Si bien la autora profundiza en el sufrimiento ético-político, en concordancia con Pedro, aprecio pertinente para la PCC emplear la denominación de sufrimiento

psicosocial en tanto es más abarcador e incluye al ético-político; dando cuenta de los elementos discutidos antes en torno al descentrar la comprensión desde lo individual para ubicarlo en el universo de las relaciones sociales. Relaciones situadas en un contexto, historia y cultura particular, en las cuales existe tensión y luchas de poder. De esta manera, el sufrimiento se vincula con el lugar social que ocupan estas personas, grupos y comunidades.

En este sentido, Teresita señala la importancia de incorporar en la PCC, los procesos psicosociales, tales como estereotipos, actitudes y prejuicios, aludiendo a que tal vez estos “*tendrían que ser trabajados clínica y comunitariamente*”. En tanto que, el interés de la psicología social en este sentido, se alinea más al entender cómo se conforman estos procesos y cómo se afectan las relaciones. A la PCC le correspondería visibilizar y trabajar sobre el sufrimiento que estos generan, buscando desde ambos lugares, deconstruir estas relaciones de poder a través del fortalecimiento de recursos personales, grupales y comunitarios.

Ello se puede evidenciar en el estudio de Barbosa (como se citó en Bertini, 2014), quien teniendo como base la noción de sufrimiento ético-político, realizaron una intervención centrada en la reflexión colectiva, en la que las personas pudieron expresar sus sentimientos de exclusión, establecer vínculos y procesos colectivos de organización para afrontar este sufrimiento y en definitiva fortalecerse como colectivo. La potencia de esta experiencia se puede entender a la luz de la reflexión que hacen Bang et al. (2020):

...cosificar, ontologizar o desarraigar de todo contexto y momento histórico el sufrimiento psíquico es también otra forma de ocultar sus causales, de desconocer su origen en la vulneración de derechos, en la desigualdad, en la injusticia, en la violencia institucional, etc. Es desconocer que el sufrimiento psíquico y lo histórico-social son dos caras de una misma moneda. En las prácticas comunitarias ocurre a menudo que estas relaciones empiezan a salir a la luz y los efectos no se hacen esperar: el cambio de posición subjetiva no se realiza solamente vía la catarsis individual, sino que hay tanta diversidad de formas como sujetos en el mundo. (p. 60)

3.6.1.3. *Sufrimiento psicosocial: poblaciones y problemáticas*

Bertini (2014), al analizar diversos artículos respecto del uso de la noción de sufrimiento ético-político, muestra la multiplicidad de poblaciones en las que ha sido considerado pertinente: pobres, prostitutas, cantantes de RAP, personas con vida en calle, trabajadores/as, niños/as, adolescentes, comunidades, personas en situación de prisión. Todas estas poblaciones tienen en común que son grupos en situación de exclusión social, lo cual rompe con la concepción del sufrimiento enmarcado sólo en lo psíquico, individual; abriendo miradas a comprensiones distintas que señalan justamente su sufrimiento por este lugar social que ocupan.

Góis (2008) ha enfatizado en la relación existente entre la pobreza y la “locura” en tanto su condición de ser poblaciones estigmatizadas, discriminadas y excluidas generan un alto nivel de sufrimiento, por cuanto son silenciados y oprimidos, complejizando aún más la condición en la cual están inmersos.

Ante problemáticas como estas, Herrera Bautista y Rodríguez Rodríguez (2014) expresan cómo las condiciones de nuestra sociedad moderna generan sufrimiento social por lo que es necesario:

comprender el proceso sociocultural por donde transitamos, con la finalidad de poder enmarcar e identificar como las relaciones sociales y la propia fragilidad humana son alimentadoras de dicho sufrimiento social. Fragilidad que se ha visto descubierta a partir de la violencia con la cual convivimos día a día, y donde el Estado se mantiene alejado de las necesidades básicas de la mayoría de la población. Asimismo, nos encontramos frente a un resquebrajamiento del tejido social, en lo colectivo y familiar, dejando al individuo inerme, potenciando consumidores más que ciudadanos, donde los deseos de mercado se sobreponen al valor y respeto de la vida humana, donde emergen múltiples violencias que se instalan en nuestra cotidianidad. Quizá es tiempo de pensar en un “nosotros”, que nos permita el arduo trabajo de la restauración del tejido social. (p. 80)

Con ello coincide Agustín mencionando que en Chile los entes de salud mental reportan que existe *“una alta tasa de trastornos psiquiátricos, sobre todo que tienen que ver con depresión y cuestiones ansiosas, que todo el mundo sabe que el modelo de desarrollo la provoca, o está muy asociado a ella: el estrés, la vida rápida, el endeudamiento, etc.”* (Agustín, A).

Continuando en esta línea, Pezo del Pino y otros (2008), menciona como en el tratamiento la elaboración subjetiva contribuye a cambios importantes en la relación con uno mismo y los demás, pero es más difícil cuanto mayor es la intensidad del sufrimiento psíquico, cuando los entornos familiares y comunitarios confiables no

existen o están trastocados no pudiendo contener. Más aún cuando pertenecen a contextos comunales o regionales signados por conmoción social, desastres naturales, condiciones sociales de dominio, exclusión y pobreza, con poca presencia del Estado.

3.6.1.4. Acompañamiento del sufrimiento psicosocial desde la PCC

Marcela refiere al sufrimiento o padecimiento de las personas en un sentido amplio, considerando que este está presente en la vida de todas las personas, ya sea porque se jubiló, perdió el trabajo o no consigue uno, o que se siente sola/o porque el/la hijo/a o pareja se fueron de casa, afirmando que *“hay vínculos que generan altísimos niveles de sufrimiento”* (Marcela, A). Respecto de lo cual se plantea que a los/as profesionales nos corresponde acompañar este proceso, pero se pregunta cómo, pues *“no todas las herramientas conceptuales las maneja la disciplina”* (Marcela, A).

A mi parecer, Das (como se citó en Ortega, 2008) ofrece una pista para ello, se trata de la urgencia de incorporar *“las voces de la gente común para hacer surgir las múltiples, complejas e incluso contradictorias narrativas del sufrimiento social”* (p. 33); pues:

El discurso del profesional, aun cuando hable por cuenta de las víctimas, parece carecer de las estructuras conceptuales que permitan darles voz. No estoy sugiriendo que la experiencia de la víctima pueda hablarnos de manera clara y directa, sin verse mediada por la reflexión intelectual. Lo que quiero sugerir, sin embargo, las estructuras conceptuales de nuestras disciplinas -de la medicina-ciencia social, el derecho, la conducen a una transformación del sufrimiento elaborada por los profesionales que le quita su voz a la víctima y nos distancia de la inmediatez de su experiencia. (Das, 2008, p.410)

...tienden a expropiar la experiencia personal del sufrimiento a través de mecanismos retóricos e institucionales que sustituyen la autoridad de la víctima, sobre su dolor y su condición de doliente, por los criterios del lenguaje técnico. (Ortega, 2008, p. 37)

Por su parte, Dunia, desde su mirada cómo promotora de salud, describe con claridad el sufrimiento y brinda un indicio para ubicar esas herramientas de trabajo, centrada en el ambiente y el vínculo:

Yo creo que debe ser un espacio que se preste, que sea sabroso, acogedor, que la gente venga y pueda sentirse libre y hablar de sus cosas, porque son cosas personales, y son cosas que uno tiene muy guardado allí adentro y le cuesta mucho sacar, entonces, cómo yo hago que tú abras, así yo le llamo, ese sótano que tienes allí cerrado y que no quieres abrir, cómo yo como psicólogo logro que tú puedas abrir ese sótano y puedas sacar esas cosas que metiste allá y que te dan dolor y las puedas sacar, y que si tienes que llorar lo hagas, y si tienes que gritar lo hagas, y te sientas bien, en el sitio donde lo estás haciendo y con la persona que lo estás haciendo. Entonces yo creo que es eso, tener un sitio agradable, el psicólogo debe ser una persona agradable. (Dunia, PCS, 59 años)

En este sentido, “La expresión del dolor es una demanda de reconocimiento: por medio del lenguaje uno mueve su dolor hacia su interlocutor. Uno habla porque busca compasión, alivio, justicia en sus múltiples sentidos” (Theidon, 2004, p.38).

Marcela y Dunia, desde los/as colaboradores/as, y Das y Theidon, desde la literatura, precisan la complejidad del sufrimiento y la necesidad de ser reconocido y acompañado en el mismo, lo cual ha de hacerse desde el lugar de quien sufre, con una actitud receptiva. Ahora bien, todas aluden al/a la profesional como acompañante, a lo

cual sumaría la posibilidad de otros/as interlocutores/as de la propia comunidad, tal como hemos visto en apartados anteriores.

No obstante, Escibens et al. (2008), a partir de los hallazgos de su investigación, contradicen esta idea, por cuanto menciona que los niveles de afectación de las personas y el quiebre del tejido social es tan fuerte que dificulta que los apoyos de acompañamiento puedan provenir de la propia comunidad: “Necesitamos de otro, pero qué pasa cuando todos nos sentimos mal en desgracia, a quién acudimos” (Escibens et al., 2008, p. 45).

Las autoras señalan que es importante que estas personas se vayan equilibrando, pero ante tanto dolor y malestar:

...a todos se les hace difícil conectar con las capacidades de equilibrar o de recibir el apoyo de otro porque además por lo general este otro también pasa por lo mismo. Sumado a esto, el vínculo de confianza entre ellos y ellas se ha quebrantado. Entonces necesitan ser acompañados en el proceso de equilibrar. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, en que muchas de ellas tienen un malestar o sufrimiento por el hecho de ser discriminadas, excluidas o maltratadas, qué hacer frente a este dolor cuando las condiciones de la comunidad no han cambiado y las prácticas violentas se siguen dando [a la vez que existe un abandono por parte del Estado]. (Escibens et al., 2008, p.38)

Al pensar en la diferencia respecto de las posibilidades de apoyo comunitario, entre esta experiencia vinculada al CAI y mi experiencia y la de colegas que hemos trabajado en situaciones de violencia social, me hago la pregunta de si será que en este caso del CAI el hecho de que el acto violento se haya realizado hacia la comunidad,

prácticamente como conjunto, los deja en condiciones más vulnerables y no les da la oportunidad de estar en diferentes momentos y formas del dolor. Dejo esta inquietud planteada reconociendo que escapa de los límites de esta investigación indagar si otros estudios relativos al CAI coinciden en este aspecto.

Por su parte, Agustín considera que las dificultades de apoyo obedecen en parte a que las redes de soporte en el pasado se encontraban debilitadas:

...la explicación misma ha sido porque los sistemas naturales, cotidianos de soporte han fallado, y llega al dispositivo de salud cuando todas las barreras podríamos decir de apoyo social no han tenido ese efecto de soporte, que hacen que el sujeto llegue con una crisis al dispositivo de salud mental, entonces el tema tiene que ver un poco con no dejar de considerar el afecto previamente individual, pero poniendo su origen en elementos que están mediando entre el sujeto y su contexto. (Agustín, A)

Finalmente, Manuel considera relevante el que se pueda avanzar desde la PCC hacia la creación de un lenguaje que permita pensar en el bienestar o el sufrimiento de manera colectiva:

Me parece interesante caminar hacia, no sé si ese va a ser el término final, pero hacia el lenguaje que nos permita pensar en esa dimensión del bienestar o sufrimiento que tiene que ver con el grupo, el funcionamiento colectivo, y el contexto, por supuesto que me parece muy relevante porque por ejemplo, una y otra vez nuestros lenguajes nos van a invitar a pensar en que las dificultades emocionales tienen que ver con que el contexto familiar que no contiene lo suficiente, o que los vínculos no son lo suficientemente sanos, pero en estas historias uno ve claramente que no hay manera que una mamá pueda contener

cuando tiene bandas delictivas alrededor, que lo que están es en estrés continuo, y la salud individual o familiar está absolutamente entrelazada con un contexto que no es ni mínimamente contenedor. Entonces ¿cómo hacemos para que la intervención no sea ofrecerle psicoterapia a esta niña, a esta mamá, a esta familia?, sino ¿cómo ofrecemos una contención un poquito más amplia, institucional, de seguridad mínima? Creo que estos lenguajes deberían ayudarnos a poder pensar más de manera clara esta dimensión del problema, del sufrimiento. (Manuel, A)

Para conectar con esta reflexión en torno al lenguaje planteada por Manuel, Escribens y colaboradoras (2008), ofrecen una alternativa:

Rescatamos la palabra, que si bien no alcanza para dar cuenta de algunas vivencias como señalábamos anteriormente, facilita y concretiza el vínculo, el encuentro; es a partir de ella que vamos construyendo nuevas formas de relación y entonces estaremos en la capacidad ambas partes de ir nombrando afectos, pudiendo narrar historias, elaborando experiencias y vivencias. (p. 46)

En este sentido, las autoras tenían la limitación de que no hablaban la lengua de la zona, pero manifiestan que ello no impidió el vínculo y compartir espacios.

Uno de los aspectos que puede contribuir a ello tiene que ver con ese reconocimiento del otro, a través de entender los significados culturales propios de cada comunidad, que en muchos casos incluye la utilización misma de la lengua, tal como discutí en relación con el “buen vivir”. Más allá del lenguaje, se trata de considerar que el dolor puede tener diferentes formas de experimentarse y sobre todo que en la mayoría de los casos no corresponden con las categorías diagnósticas que usualmente empleamos los/as profesionales de la salud mental.

En este sentido, Malvaceda (2010) hace un metaestudio a partir de la revisión de investigaciones sobre las secuelas de la violencia política, en el que recoge las formas culturales de vivenciar el sufrimiento en comunidades andinas del Perú afectadas por el CAI. En primer lugar, encuentra que el sufrimiento es reconocido como Ñakari (en quechua) y, en segundo lugar, precisa algunas formas culturales del sufrimiento, la mayoría de las cuales ya han sido mencionadas por Theidon (2004). Estas son: llakis (recuerdos penosos, memoria, tristeza), pinsamientuwan (preocupaciones recurrentes), manchay/mancharisca (miedo, susto), Iquyay/Iquyaqcha (debilidad, enfermizo), sonqoymi nanan (dolor del corazón), aburrimiento (irritación o cólera), alcansu/pacha (alcanzo, daño), llaki nuño (teta asustada).

En todo caso:

...el lugar y la función del psicólogo es donde esté justamente un sufrimiento, porque pareciera que [...] ve como ajeno el que uno le pueda corresponder, hacer una intervención o algún tipo de trabajo comunitario, y que de repente sean cosas tan elementales como de repente el tema del transporte, el tema de la alimentación, de la violencia y muchos otros que se puedan presentar. (E, UCAB)

Esta idea de la estudiante trae consigo la necesidad de que el pcc rompa con la mirada tradicional de lo que implica la salud mental, para entender la complejidad del sufrimiento, vinculado a temas de la vida cotidiana y propios del contexto que, de hecho, han sido mencionados como necesidades por parte de algunos/as de los/as entrevistados/as de la comunidad, el hambre y la violencia y las complicaciones que

genera el tener que trasladarse para recibir un apoyo psicológico, razón por la que, como muestro más adelante, la existencia de los servicios dentro de la propia comunidad son especialmente valorados.

3.6.2. Trauma Psicosocial

En mi área [la psicoterapia y la PCC] esta frase de ‘trauma psicosocial’ es como atractiva porque invita a pensar en eso, pero después no está tan precisado a qué nos referimos con eso, hay todo un trabajo de precisar esos conceptos y a quién tenemos que voltear a ver para decir aquí hay trauma psicosocial o no, por ejemplo, [...] hay todo un trabajo de desarrollo y precisión de un lenguaje que nos permite poder abordar esas problemáticas cada vez más [...] de manera clara. (Manuel, A)

Este apartado es un intento por ordenar algunos aspectos de la literatura que puedan dar forma a este proceso dentro de la PCC.

Ortega (2008) comenta que, de manera relativamente reciente, se habla de trauma cultural o social que incluye aquellas vivencias “amenazantes, intensas y desconcertantes” que ha experimentado un colectivo. Sin embargo, para este autor, alineado con lo expuesto por Manuel, no existen criterios claros y unificados, ni en la historia ni en las ciencias sociales, para poder reconocer este tipo de proceso.

La incorporación de la noción de trauma psicosocial introducida por Martín-Baró (1984), en el marco de la guerra civil de El Salvador, constituye la referencia teórica indispensable para los/as académicos/as interesados en pensar sobre el tema. Este planteamiento ha dejado claro la necesidad de tener presente esta idea para

entender los efectos de las problemáticas propias de América Latina, en especial, las vinculadas a la violencia política.

Por ello, ha sido contemplada por diferentes autores para entender este proceso en algunos países de la región que han atravesado por situaciones sociopolíticas consideradas traumáticas, tal es el caso de Chile (Faúndez y Cornejo, 2010; Faúndez y Hatibovic Díaz, 2020), Colombia (Ortega, 2008), Guatemala (Lykes, 2003), México (Blanco y Díaz, 2004), Perú (Bustamante et al., 2013; Theidon, 2004), y en el caso de Venezuela, ha sido incorporada por los/as colegas colaboradores/as de este trabajo.

Para Ortega (2008):

[este] concepto puede ser útil para concebir los modos en que el sufrimiento social trastorna las redes simbólicas (en especial aquellas asociadas con la ley, el colectivo y la espiritualidad) e imaginarias (autoridad, nación, religión) que le dan sustento a la vida social. (p. 26)

Por otro lado, este tema también, ha despertado la preocupación de varios/as autores/as (Augsburger, 2002, 2004; Blanco y Díaz, 2004; Lykes, 2003; Theidon, 2004) por cuestionar el estrés postraumático en tanto diagnóstico que, reconociendo los efectos de circunstancias externas (guerra, desastres naturales y otras formas de violencia), sigue centrada en la individualidad.

Ello coloca a la PCC en un compromiso con este tema para su incorporación en el trabajo con las comunidades, quienes con sus procesos de acompañamiento y organización colectiva han logrado resistir y continuar con sus vidas, con las huellas del trauma, pero con la fortaleza de luchar por su dignidad. Varias de las experiencias

de intervención clínica-comunitaria contempladas en el marco referencial dan cuenta de ello. Ahora bien, es un tema sobre el cual se requiere seguir desarrollando una praxis y generando conocimiento en este campo, en el marco de la interdisciplinariedad característica de la PCC e inherente a este proceso.

Martín-Baró (1988) refiere que, de manera análoga a la definición de trauma psíquico, se emplea la de trauma social para referir a la afectación que un hecho histórico ha dejado en toda una población. Sin embargo, el autor introduce el término trauma psicosocial para enfatizar en el carácter dialéctico de la herida ocasionada en una población de manera prolongada, tal es el caso de la guerra salvadoreña. No se trata de una vivencia homogénea, sino particular de cada individuo, la cual está dada acorde a su ubicación social, su participación en el conflicto y sus características de personalidad, siendo que incluso algunas personas se fortalecen a partir del sufrimiento.

Dos elementos centrales caracterizan este trauma:

(a) que la herida que afecta a las personas ha sido producida socialmente, es decir que sus raíces no se encuentran en el individuo sino en su sociedad, y (b) que su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales. (Martín-Baró, 1988, p. 136)

En tal sentido, el trauma psicosocial constituye la materialización en las personas de las relaciones sociales de la guerra, relaciones de carácter enajenantes, haciendo que la afirmación de sí mismo se afecte frente a la deshumanización que se hace del “enemigo”, a quien se le rechaza como interlocutor y se busca su destrucción.

Cuando adjetivamos “psicosocialmente” el trauma, lo que estamos haciendo es tratar de situarlo en sus coordenadas socio-históricas, por si cupiera la posibilidad de establecer una relación entre las condiciones en las que se ha gestado y la naturaleza o intensidad del daño causado, y de que sus consecuencias pudieran afectar no sólo a las personas particulares, sino a los diversos elementos del entorno en el que se mueven. (Blanco y Díaz, 2004, 239-240)

Esto conduce, además, a la posibilidad de abandonar la centralidad en la individualidad, pero también en la homogeneidad comunitaria:

Por tanto, no hay un sujeto colectivo unitario (tal como el africano o el hindú), sino formas de habitar el mundo en las que intentamos apropiarnos de él, o hallar nuestra propia voz, tanto dentro como fuera de los géneros que se hacen disponibles en el descenso hacia la cotidianidad. (Das, 2008, p. 160)

Desde esta perspectiva psicosocial, resulta que se hace necesario preguntarse respecto de las condiciones presentes en el entorno de quien ha sufrido el trauma, ya que esto nos permitirá evidenciar si lo postraumático está determinado por condiciones pretraumáticas, dándole una comprensión socio-histórica que implica “historizar el dolor”. De esta manera, el trauma es doblemente social: 1) por las razones que lo originan, que nos permiten entender los daños psicológicos y el desorden social en el que está implicado y; 2) por los efectos en su entorno, en las relaciones sociales y las instituciones y estructuras sociales a las cuales está vinculado (Blanco y Díaz, 2004).

El trauma psicosocial se convierte así en “una consecuencia normal de un sistema social basado en relaciones sociales de explotación y opresión

deshumanizadoras [...] puede ser parte de una ‘normal anormalidad’ social” que afecta de manera especial a los colectivos y grupos más vulnerables (Martín-Baró como se citó en Blanco y Díaz, 2004, p. 242).

Las consecuencias del trauma social son: “la estrechez y rigidización de la vida social, la polarización social, la devaluación de la vida humana, el socavamiento de las relaciones sociales, y el deterioro de la convivencia social” (Martín-Baró como se citó en Blanco y Díaz, 2004, p. 244). “El trauma social afecta a los individuos precisamente en su carácter social, es decir, en su totalidad, como un sistema” (Martín-Baró como se citó en Lykes, 2003, p.221).

La violencia social trabaja sobre el tejido comunal, lo descompone y –en particular en aquellas ocasiones en que miembros de una misma localidad asaltan a sus convecinos– le sustrae herramientas a la comunidad para que sus miembros habiten juntos en el mundo. Lo que surge en la degradación de la violencia extrema es un entorno cuya estructura resulta similar a la paranoia: el rumor, entendido este como la otra cara del silencio de la víctima, se anticipa a los hechos y produce libretos en que las comunidades se hallan amenazadas por otros cuya subjetividad ha sido evacuada de antemano; el miedo al Otro se transforma en el otro aterrador. (Ortega, 2008, p. 26)

Este autor comenta cómo la condición inesperada, desmesurada e inacabada de estos hechos, hace que las comunidades no puedan tener previsión alguna para protegerse de ellos, preguntándose acerca del curso de sus vidas como personas y comunidad. De esta manera, esta experiencia se convierte en un referente ineludible en la vida comunitaria necesaria para legitimar los proyectos futuros, dado que “...el

acontecimiento no se ubica en un pasado original y ya vivido, sino que emerge de nuevo en cada recuerdo, determinado por las condiciones del presente e incorporado a la estructura temporal de las relaciones actuales” (Ortega, 2008, p. 34).

Esto se evidencia claramente, en lo que se ha denominado trauma transgeneracional (Faúndez y Cornejo, 2010; Faúndez y Hatibovic Díaz, 2020), el cual alude a cómo esta situación es experimentada como propia por generaciones posteriores a las que vivieron directamente el hecho, incluso presentando ciertos síntomas, como si se estuviera viviendo en ese momento.

En mi trabajo con una comunidad que vivió un desastre producto de un deslave, los niños y niñas solían ponerse ansiosos cuando llovía, inquietándose, teniendo la necesidad de irse rápidamente a casa y/o llorando en algunos casos; no todos reaccionaban del mismo modo, pero sí cambiaba la dinámica en el espacio grupal, por lo cual había que hacer contención en estos momentos. Los dibujos que representaban esta situación también se hacían presentes en cualquier momento del trabajo, sin una aparente razón. El relato de Karina también alude a este tipo de trauma en el caso de comunidades postconflicto armado:

Entonces de momento son hijos, son nietos de una víctima y ahí vamos encontrando una características del trauma transgeneracional que ellos van replicando y ahí entramos y le vamos explicando, trabajamos con ellos, desde cosas muy sencillas como normas de convivencia, o cómo se genera un chisme, cómo se generan esos mensajes que luego a ellos los confunde y hace que se vayan fragmentando, entonces con juegos, ejercicios, pero luego hablando,

haciéndolos más conscientes y poniéndolos sobre la mesa es que vamos viendo lo que ha podido suceder. (Karina, P)

Agustín se une a los ejemplos de este proceso, en el marco de la postdictadura chilena:

...cuando vino lo que llamaron el estallido social o la revuelta popular que generó, por ejemplo, que los militares aparecieran en la calle, desempolvando memoria para atrás donde los militares mataron gente, etc.; conversando con gente que trabaja en dispositivos de salud, se dispararon las consultas de salud mental, entonces en el fondo [...] la emergencia del síntoma no está en el sujeto, [...] la emergencia del síntoma en lo clínico, tiene que ver con condiciones estructurales y por lo tanto, es colectiva la situación de salud mental, por lo tanto las maneras de abordarla son, además de los elementos clínicos muy necesarios, individuales, también con formas de trabajo donde las personas puedan tener espacios de encuentro donde las personas puedan contar la elaboración que están haciendo de situaciones estresantes que afectan a todo el mundo. (Agustín, P)

Esto nos coloca frente a la pertinencia de un trabajo desde la PCC, donde se puedan atender estos impactos, en tanto proceso colectivo, y con las propias personas de las comunidades, desde sus necesidades y recursos, con un abordaje que contemple la vivencia del evento y la manera como se ha simbolizado e historizado el hecho en el contexto de la comunidad; ya que como explicita Ortega (2008), los sucesos son simbolizados de formas diferentes, así como los modos de violencia, por ejemplo, operan de manera distinta sobre los lazos sociales.

Las posibilidades y los modos de asimilar la agresión son radicalmente diferentes si el sufrimiento es causado por vecinos y otros miembros de la comunidad o por agentes externos a la misma; si es el Estado o son individuos asociados a la delincuencia; si la agresión es inesperada o largamente anticipada y temida; si es sostenida o eventual; si toma a las mujeres y niños como objetivos militares primarios; etc. Todas estas dimensiones y muchas más, como es previsible, determinarán la intensidad y la modalidad del asedio del pasado. (Ortega, 2008, p. 34)

Será, finalmente, la propia comunidad la que nos brinde los elementos para poder acompañar, de acuerdo a cómo se vivió y se vive el evento, acorde a las necesidades de acompañamiento; sin que antecedan nuestras categorías diagnósticas y los aspectos técnicos que nos demarca muchas veces la visión como profesionales y nuestras comprensiones particulares en relación con nuestro contexto y lugar social.

3.6.3. Fortalecimiento clínico-comunitario

Es fundamental suscitar una discusión en torno a la SMC y a cómo generar prácticas saludables para hacer frente a situaciones adversas que ocasionan sufrimiento y trauma psicosocial. Este diálogo no es una tarea de los pcc en solitario, sino que concurre a profesionales de otras disciplinas y, en especial, a las propias comunidades, pues no debemos olvidar que estas a lo largo de su historia han desarrollado capacidades y gestado distintas formas de resistir y afrontar las situaciones y demandas que se le presentan, por difíciles que ellas sean.

En el apartado referido a los/as actores/as involucrados en la PCC, se destacan los recursos de las personas de la comunidad y son los/as propios/as entrevistados/as quienes dan cuenta de cómo en colectivo han afrontado tales situaciones traumáticas.

Tal como sugiere Góis (2008), las personas hacen fiestas, se dedican a la música, a la danza, al arte, buscan alternativas de trabajo, asisten a los centros de salud y la escuela, utilizan la religión, consumen alcohol, ven televisión, salen a la playa o lugares accesibles; buscan, en definitiva, mejorar de alguna manera su calidad de vida. Incluso en situaciones altamente traumáticas producto de la violencia:

Aun cuando los agresores nieguen la humanidad de los agredidos y, no obstante, aquellos casos en que el Estado y sus lenguajes silencian sus voces, la versión de la víctima no desaparece. Hay, todavía, espacios alternativos, contra hegemónicos (locales y globales) o íntimos en que sus testimonios, pero también sus gestos e incluso el no-decir (que no es lo mismo que ausencia de testimonio), les disputan la preeminencia a las versiones oficiales. En algunos casos las contradicen, en otros simplemente las desestabilizan. (Ortega, 2008, p. 38)

Pérez Sales y Fernández Liria (2016) explican que,

Las personas tienen mecanismos resilientes naturales. Ponen en marcha estrategias individuales y comunitarias que les permiten enfrentar las experiencias. Pero para que ello se produzca es necesario, con frecuencia, acciones de acompañamiento que favorezcan, apoyen o faciliten el que existan las condiciones adecuadas para ello, es decir, que permitan que las potencialidades de elaboración de las experiencias traumáticas de las personas, familias y comunidades victimizadas puedan desarrollarse. (p.53)

Como mencioné al finalizar el punto anterior, creo que lo principal es reconocer los recursos de las personas y comunidades, así como sus costumbres, cultura y vida cotidiana en las circunstancias actuales, a fin de reconstruir su historia en el momento actual, reconociendo lo que eran antes, durante y después de la situación traumática. Para ello, es fundamental entender los ritmos y estilos propios de cada comunidad, lo cual deja en claro que de lo que se trata es de principalmente acompañar y en ese camino se irán gestando las acciones y estrategias que se adecúen al momento y grupo con el que estemos trabajando.

De este modo, así como las nociones de trauma y sufrimiento se han repensado para entenderlas desde una mirada psicosocial que nos permite asumirlas para la PCC, la noción de fortalecimiento, que ha sido ampliamente desarrollada por la psicología comunitaria, nos ofrece sin lugar a dudas la oportunidad de incorporarlo dentro de los procesos clínicos-comunitarios.

Este proceso, que desde la psicología comunitaria apunta hacia potenciar el desarrollo comunitario, en el caso de la PCC nos permite justamente contribuir a potenciar y desarrollar los recursos de las propias comunidades para transitar en el continuo del malestar-bienestar propio de la SMC, vinculado también al mismo desarrollo comunitario y en él el de las personas que en ella conviven.

A mi modo de ver, este tal vez ha sido el proceso que dentro de la psicología comunitaria ha planteado de manera más clara el que las transformaciones se dan de manera concatenada a nivel personal y comunitario, lo cual queda explicitado en la definición que ofrece Montero (2006b):

Proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos. (p. 72)

Esta autora, en concordancia con Pérez Sales y Fernández Liria (2016), indica la importancia de facilitar las condiciones para que se dé el fortalecimiento, en cuyo caso se plantea generar situaciones en las que las personas tengan el control y dirección de las circunstancias, ello debe llevar al planteamiento de acciones por parte de la comunidad, en el marco de la reflexión. Es menester aclarar, a mi parecer, que la creación de las condiciones para el fortalecimiento no es una labor única de los/as profesionales, por cuanto las propias personas de la comunidad pueden propiciar condiciones para el colectivo, para sí y/o para otros.

En las circunstancias de sufrimiento, y especialmente aquellas de trauma, la toma de control por parte de las personas es tal vez la más compleja y evidentemente llevará el tiempo que las personas necesiten para ello, pero justamente el hilo conductor que he sostenido a lo largo de este tema tiene que ver con tomar como punto de partida la voz de las personas respecto de sus procesos y esta puede significar en muchos casos permanecer en silencio.

Ahora bien, el reconocimiento en sí mismo de su lugar y el respeto a su silencio es una situación en la que la persona tiene el control, lo cual considero que sería la primera condición para producir el fortalecimiento. Ello acompañado de la experiencia

de apoyo social sea de familiares, vecinos y de los/as profesionales, propicia seguridad y confianza, constituyéndose en una segunda condición que, posteriormente, acorde a los ritmos personales y/o comunitarios irán gestando los espacios de reflexión-acción, que operaran en los ámbitos personal, familiar, grupal y comunitario.

El eje clínico-comunitario estaría en la construcción intersubjetiva de la experiencia como persona, en tanto parte de la comunidad y viceversa, es decir, la experiencia de la comunidad, en tanto colectivo con las particularidades subjetivas de las personas que la conforman. En definitiva, la vivencia es compartida y les da sentido como grupo social al formar parte de su historia. Así, los miembros de la comunidad pueden ir elaborando ciertos aspectos de su vivencia íntima a la par que se van elaborando procesos relacionales y comunitarios.

En líneas generales, como vemos aun en los casos más terribles de situaciones traumáticas, las personas tienen recursos y posibilidades para sobreponerse y organizarse como colectivo, así que parte de lo que ha de ser la comprensión de la PCC es identificar los efectos negativos del trauma a la par que las alternativas que las personas visualizan al respecto, en el mismo sentido de lo que hemos descrito del continuo malestar-bienestar.

Se hace necesario, por tanto, examinar el fenómeno de la violencia desde la perspectiva, el lenguaje y las prácticas de los sufrientes, los modos en que estos padecen la violencia, negocian y obtienen reductos de dignidad (a veces de manera poco evidente), resisten y reconstruyen sus relaciones cotidianas, y sobrellevan la huella de la violencia de un modo que no siempre aparece

perceptible para quien proviene de fuera, sea este científico social, funcionario, político o militante nacionalista. (Ortega, 2008, p.21)

Diversas experiencias organizativas dan cuenta de cómo situaciones traumáticas potencian recursos y fortalecen a los colectivos o comunidades; algunas de ellas son reconocidas a nivel internacional y sus acciones han trascendido las fronteras de su localidad e incluso país, tal es el caso de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo. Siguiendo este ejemplo, han emergido movimientos en distintos países, que luchan por la reivindicación de sus derechos tras la pérdida de familiares, que han sido asesinados o desaparecidos; los cuales principalmente han sido protagonizados por mujeres.

En el Perú desde una de las zonas más afectadas por el CAI, Ayacucho, se ha consolidado la Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (ANFASEP), la cual es un referente en materia de derechos humanos a nivel nacional. Ha acompañado a familiares de víctimas del CAI hasta la actualidad y participó activamente en el proceso de creación de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR).

En Venezuela, en la comunidad caraqueña de Catuche, se constituyeron las comisiones de convivencia, lideradas principalmente por mujeres que han perdido hijos y familiares en manos de la violencia comunitaria con el objeto de resguardar la convivencia pacífica en la comunidad. Esta experiencia ha sido sistematizada con el apoyo de Amnistía Internacional a fin de que pueda servir como ejemplo para replicarse en otras comunidades, en un texto denominado “Acuerdos comunitarios de convivencia ante la violencia armada. Pistas para la acción” (Amnistía Internacional, 2013).

Son múltiples las experiencias organizativas exitosas, creadas por personas víctimas de procesos traumáticos; sin embargo, dado que no es el objeto de esta tesis, no he reseñado otras; sólo he querido mencionar estas tres como ejemplo, siendo que con ellas he tenido una vinculación particular de trabajo directo o indirecto.

En este apartado he iniciado con una mirada problematizadora respecto a qué tanto hemos incluido la visión integral de la salud en la práctica profesional desde los ámbitos de la psicología y las ciencias sociales, teniendo como base el manejo cotidiano y científico estereotipado y patologizante de la salud mental; el cual deja por fuera otras formas culturales de concebirla así como, la desvía de los asuntos políticos que generan condiciones sociales injustas y anormales ante las cuales las respuestas de las personas las coloca de nuevo en un lugar de estigmatización.

Seguidamente, hemos podido incluir la construcción de la SMC como noción principal de la PCC, en tanto refiere a esa vivencia como colectivo que está entramada en la intersubjetividad y que implica la dinámica dentro del continuo malestar-bienestar, en el cual discurren diversos procesos clínicos-comunitarios, entre los cuales he rescatado el sufrimiento psicosocial, el trauma psicosocial y el fortalecimiento clínico-comunitario, como los procesos básicos, sobre los cuales pueden emerger otros.

En este sentido, por mucho tiempo he estado involucrada con el tema de violencia-duelo comunitario, en el trabajo con la comunidad a la que he hecho alusión en este texto, y en otros contextos con madres que han perdido a sus hijos en situación de violencia (Goncalves-de Freitas, 2019; Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Desde allí, puedo afirmar que el duelo comunitario es un fenómeno que integra los procesos clínico-comunitarios enumerados, por cuanto se ha constituido en fuente de sufrimiento psicosocial a la vez que, de trauma psicosocial, pues se reedita en cada nueva circunstancia de violencia que se suscita en la comunidad. Sin embargo, este ha permitido también a las personas de la comunidad organizarse y buscar alternativas para afrontar la violencia dentro de su localidad, a la vez que aportar a otros ámbitos donde se repiten situaciones de este tipo. De hecho, se ha evidenciado en este apartado y en anteriores cómo los/as colaboradores/as y autores/as de la literatura remiten al tema de la violencia y al duelo producto de este.

De tal manera, el duelo comunitario es uno de los procesos importantes que nos toca trabajar dentro de la PCC, ya que está vinculado directamente al tema de la violencia e incluso de la pobreza y vulnerabilidad porque implica el experimentar pérdidas frecuentemente, tal como lo comenta Alba (C, 65 años): *“me mataron un hijo, no aquí, pero para robarle los zapatos; esto fue muy difícil para mí”*. El duelo, usualmente, se ha atendido desde una mirada más individual, separándolo en la intervención de la violencia, obviando su carácter clínico-comunitario.

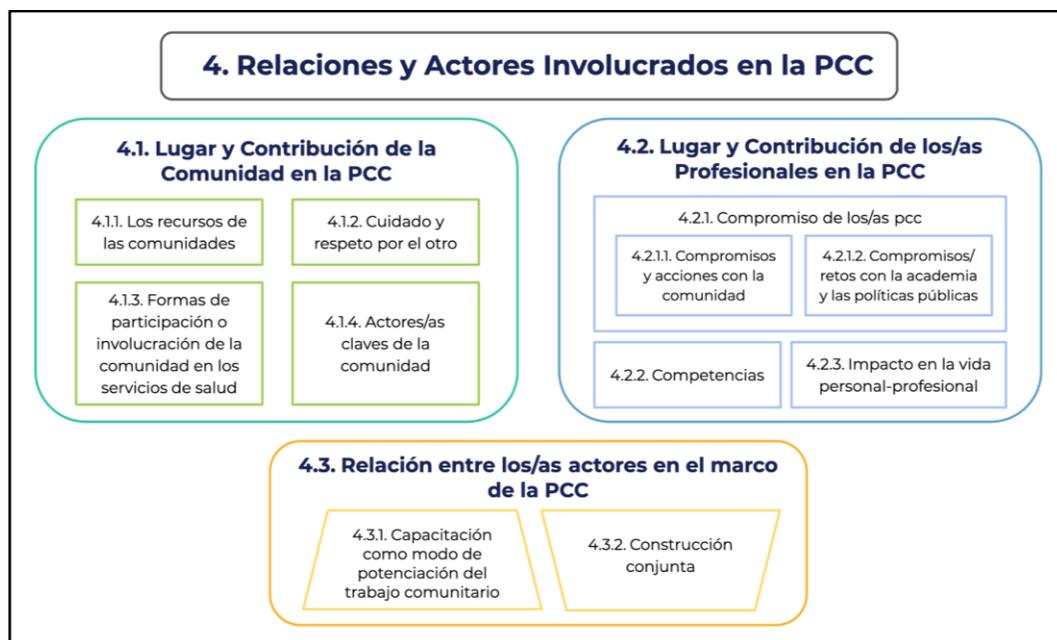
Finalmente, la forma de comprender teóricamente y desarrollar la praxis clínica-comunitaria en torno a estos procesos, sólo es posible dentro de la congruencia de esta mirada, a través de la escucha de las voces de las personas de las comunidades en tanto afectadas y poseedoras de recursos, quienes a la par con los pcc acompañan estos procesos clínicos-comunitarios. En el marco del diálogo, ambas, personas de la

comunidad y pcc, dan respuesta a la SMC y aportan a la propia construcción de la praxis clínica-comunitaria.

4. Relaciones y Actores Involucrados en la PCC

Figura 5

Relación entre el tema “Relaciones y Actores Involucrados en la PCC” y sus subcategorías



Esta sección versa sobre un eje central de la PCC, como lo es la relación, especialmente entre los/as pcc y las personas de la comunidad, en tanto agentes principales involucrados/as en este campo. Este énfasis no deja de reconocer la existencia de otros actores (el Estado, las ONG y otras organizaciones relacionadas con

la vida comunitaria) y otras formas de relación (entre los pcc, entre quienes conforman la comunidad, de los pcc y la comunidad con otros agentes). En primer lugar, presento el lugar de estos dos tipos de actores/as por separado y posteriormente, la vinculación entre ambos.

Hablo de lugar y no de rol o quehacer, ya que lo entiendo como una denominación más amplia, que no sólo incluye las tareas y funciones sino las relaciones, afectos y compromisos puestos en escena cuando se hace PCC. No desmerezco la importancia de referir al rol y al quehacer, de hecho, contemplo ambos en mi discurso a lo largo del trabajo y los incluyo en este apartado pues forman parte del lugar; el rol es más concreto, alude a la descripción de funciones a desempeñar acorde a algunos parámetros establecidos socialmente, del mismo modo, que el quehacer está también vinculado a las tareas que le corresponde atender.

De tal manera que el lugar, según lo considero, corresponde al posicionamiento de cada actor en su relación con el otro en el contexto que se desempeñan y en correspondencia con las acciones que realizan de manera conjunta, por lo tanto, lleva implícito un compromiso político que permite hacer incidencia en lo público.

4.1. Lugar y Contribución de la Comunidad en la PCC

Tal como dice Manuel, la participación depende en gran medida del tipo de problemáticas o situaciones que se vivan en la propia comunidad, lo importante es entender cómo son dichos procesos de involucramiento, en este caso vinculados al tipo de trabajo que realizamos desde la PCC, a fin de fomentar la participación de la mayor

cantidad de actores/as posibles en pro de la comunidad, en tanto la motivación de algunos va propiciando la inclusión de otros.

Añadiría que esta participación no sólo se da en función de problemáticas sino también de aspectos que generan bienestar a las personas, por ejemplo, actividades recreativas, formativas y de intercambio en general. Ambos forman parte de la vida de las comunidades y de su motivación para participar.

En el intercambio con los/as colaboradores/as surgieron cuatro elementos centrales: los recursos de la comunidad, el cuidado y respeto por el otro, la involucración en los servicios de PCC y la presencia de líderes/lideresa o actores/as claves en relación con las actividades ligadas al campo de la PCC.

4.1.1. Los recursos de las comunidades

Hablar de PCC implica reconocer y potenciar los recursos de la comunidad, a fin de generar las acciones en beneficio de la salud mental de las comunidades, lo cual se dará a partir del establecimiento de una relación de intercambio y trabajo conjunto entre los pcc y las personas de la comunidad. El desarrollo de estos recursos comunitarios beneficia diversas áreas en la comunidad que se evidencian en los comentarios de los/as propios/as colaboradores/as: educación, vivienda, recreación, educación, actividades de producción, salud, entre otras.

Los/as estudiantes de la MPC Ayacucho resaltan de manera elocuente cómo:

La comunidad puede ayudarse por tener lazos estrechos y su tejido social establecido. Además, practican siempre el diálogo, la escucha activa dentro de los miembros de su comunidad, en su convivencia diaria, en la familia, en las

relaciones amicales. Las personas de la comunidad tienen sus recursos, capacidades y agencias para salir frente a situaciones de adversidad [...] en los trabajos comunales, asambleas, faenas de limpieza, de sequía; aprovechan para propiciar espacios de escucha. La comunidad y los integrantes cuentan con redes de soporte, iglesias, postas de salud, escuelas, club de madres, etc. Asimismo, practican valores morales como la solidaridad, confraternidad, valores morales y valores espirituales. (E, PUCP Ayacucho)

De igual manera se da la localidad caraqueña vinculada a parte de los colaboradores del estudio, quienes afirman:

Aquí en la comunidad hemos luchado, todos hemos hecho cosas, [...] hemos logrado que 182 familias tengan casa y yo sigo sin tener casa, y me siento orgulloso porque trabajé por mi barrio, por mi gente, [...] nosotros y otros coordinadores dejamos el cuero, y con eso éramos felices, [...] teníamos algo inculcado, que queríamos, el bien para todos. (Octavio, C, 70 años)

Aquí hay muchas cosas buenas que ayudan, como, por ejemplo, está el refuerzo escolar que yo veo ayuda a muchos niños y a los padres también porque forman buenos hábitos. Mi hija estuvo en refuerzo escolar, [...] la ayudó mucho porque había ciertas cosas en la escuela que le costaban y la ayudaron aquí. (Alfredo, C, 60 años)

A pesar de la historia que uno sabe que ocurrió allí [deslave y violencia], cuando yo estuve sí hay bastantes cosas que observas que son positivas, en general había un clima pacífico, los niños tenían espacios de juego y recreación que uno veía que eran bastante positivos para ellos, y se veía que en el entorno ahí se sentían seguros [...] en verdad te sientes como muy a gusto, yo me sentía muy a gusto, [...] sale la gente de las casas y todo el mundo

comparte, y la gente echa vaina, y cuando tenías contacto con la familia eran muy amables con uno. (Valeria, PE UCAB)

Esto se traduce, entonces, en:

...el respeto a la cultura de la comunidad, el reconocimiento de las capacidades de los miembros de la comunidad; ver a las personas de la comunidad como sujetos de cambio social o actores de su propio cambio. Reconocer, valorar las formas de asumir la salud mental en cada comunidad. (E, PUCP Ayacucho)

Desde la mirada de los/as académicos/as, Teresita esperaría que la gente de la comunidad generará cohesión activa y participativa, compromiso y asunción de responsabilidades, procesos de reflexión crítica de la vida y las circunstancias de la sociedad. Por su parte, Agustín señala que en esta faena de la PCC se espera que

La persona puede disponer de los recursos sociales en su territorio, entendido el territorio no como una noción geográfica, sino como un campo de recursos, hablando de organizaciones, hablando del tejido, etc. [...] uno con formación de psicología parte de la idea de que la gente tiene recursos, por muy lapidados que estén por alguna problemática, tienen alguna cosa. (Agustín, A)

Las personas de la comunidad, los/as estudiantes y los/as académicos/as coinciden en el reconocimiento de los recursos comunitarios, al igual que es explicitado en la literatura, desde donde se considera ontológicamente a las personas como agentes de cambio social capaces de resolver sus propias situaciones de vida (Montero, 2004). En este sentido, para los/as académicos/as la puesta en práctica de los recursos de las personas en el marco de un trabajo desde la PCC se constituye como una expectativa.

Llama la atención como todos/as estos/as actores/as, en especial los de la comunidad y los/as estudiantes, aun cuando pertenecen a distintos contextos enfatizan en los recursos de carácter relacional: los lazos amicales y de apoyo, las actividades comunitarias que generan espacios para compartir y de escucha y, en definitiva, el pensarse con el otro, el tener una mirada de colectivo. Ello se convierte en un respaldo importante para el desarrollo de la PCC, de acuerdo a la literatura, en tanto el apoyo social y las redes sociales se consideran dentro de las nociones principales de la misma (Montero, 2010).

4.1.2. Cuidado y respeto por el otro

Las personas de la comunidad entrevistadas, en su mayoría, resaltan el *“cuidado con el otro, ser buenos compañeros, colaborar en lo que podamos, no enfocarse en lo que no vale la pena [el malandreo, violencia], es como sociedad”* (Lorena, C, 35 años). Esto me parece interesante, en tanto lo relacional se registra como una contribución y ello da cuenta del sentir comunitario, del reconocerse en relación con el otro y de cómo las acciones de unos afectan a otros, por cotidianas y pequeñas que estas puedan ser, aunque consideren que eso no se cumple del todo en la localidad, lo que, en palabras de Amalia, significará *“una buena vida”* para la comunidad.

Es necesaria *“la convivencia, el no molestar [...] se va viendo lo de la salud mental, por lo menos [...] el no molestar al otro, así sea con la música, o con la bulla”* (Amalia, C, 60 años). *“Ver que lo que uno hace no le afecta a los demás, porque no hagas lo que no te gusta que te hicieron y, aquí se ve mucho eso”* (Lucero, C, 28 años);

“tratando de no caer en los conflictos, evitar los problemas y así poder estar bien”
(Alba, C, 65 años).

Para esta convivencia se requiere buena comunicación, respeto y escucha, según lo proponen algunos/as colaboradores/as: *“Una buena comunicación, que si hay un problema no se solucione a gritos”* (Iris, C, 30 años); *“escuchando a los demás, que ayuden para que se respeten unos a los otros dentro de la comunidad”* (Lucero, C, 28 años,). En definitiva, *“respetar a la clase de vecino que tengamos, así también tendremos respeto, cuidar el cómo hablar y cómo nos hablen; la violencia en esta comunidad es algo permanente, hay agresión en el alrededor, todo el tiempo en el ambiente”* (Lorena, C, 35 años).

Será una buena vida en la comunidad [...] Sí, una buena comunicación que se lleve en la comunidad. Ser muy solidario, que haya compañerismo, afecto hacia los demás. A veces hay personas que le hace falta que tú le digas “mira, te quiero”, un abrazo a un niño, “puedes contar conmigo” ¿me entiendes? [...] Nosotros practicamos mucho eso aquí. porque nosotros como familia no somos rencorosos. (Amalia, C, 60 años).

La solidaridad, se encuentra como otro de los aspectos que ayudan en la convivencia, y ello se traduce principalmente en apoyo a quienes tienen un problema y en el mostrar afecto hacia el otro:

Ayudando a la persona a solucionar algunos de sus problemas, porque lamentablemente a uno ahorita nadie le puede solucionar todos los problemas a una persona, porque aquella persona si usted le soluciona algo de sus

problemas, ella ya siente menos peso, menos angustia, y al menos tiene algo menos de qué preocuparse. (Octavio, C, 70 años)

Que si la gente necesita apoyo por algo que esté pasando o viviendo. También viendo qué se tiene, qué se está haciendo en la comunidad y si está bien o no. (Lorena, C, 35 años)

Por ejemplo, tú estás pasando por un problema o no cuentas con las herramientas para manejar ese problema o bien no tengas una persona a quien contárselo o algo, que de repente pueda haber este tipo de apoyo de esa parte, ya sea a nivel individual o a nivel comunitario, no tiene que estar discutiendo con un vecino, sino que te puedan dar herramientas, mira este problema se puede resolver de tal forma (Iris, C, 30 años).

Los contenidos de este punto han estado a cargo de las personas de la comunidad de Catuche, quienes han puesto su énfasis en la necesidad de la convivencia en la comunidad, la cual muchas veces se ha visto afectada por su contexto de violencia. Sin embargo, han rescatado la solidaridad y la comunicación como aspectos fundantes para hacerla posible, siendo el apoyo al otro para brindarle contención y ofrecer la propia experiencia una alternativa para ayudar en el sufrimiento del otro.

En esta línea, Agustín, en el marco del reconocimiento de los recursos de las comunidades, trae a colación “*la idea de experticia por experiencia. O sea, el experto es el cliente*” (Agustín, A), ya sea en el ámbito terapéutico individual o comunitario. “*Si no hay posibilidad de que esa persona ponga su subjetividad en juego, y no me estoy refiriendo a la idea de subjetividad como individualidad intrapsíquica aislada,*

no, hay mucho proceso, porque en el fondo [...], si tu proceso de cambio no está anclado a tu experiencia, no hay mucho cambio” (Agustín, A).

Esta noción traída desde el modelo de salud mental comunitaria, en el marco del trabajo con personas con problemas de salud mental, hace referencia a que estas personas, a quienes denominan usuarios, son los que conocen mejor su vivencia subjetiva en torno a la enfermedad y las circunstancias sociales en las que la viven y por ello, son los que con este conocimiento pueden contribuir a su recuperación, e incluso más allá de ello, a la de sus pares (Coulter, 2007 en Palomer et al., 2010).

En la experiencia trabajada por Da Silva y Martínez (2015) con un grupo de mujeres que han perdido a sus hijos en condiciones de violencia en la ciudad de Caracas, queda claramente expresada la necesidad del apoyo mutuo para superar el duelo, pues ellas, mejor que nadie, saben lo que se siente y pueden compartirse estrategias para afrontar su dolor. Esto se manifiesta en algunas citas de las participantes de ese estudio: “Uno puede ir escuchando a la otra y ver cómo hizo en tal cosa que a lo mejor yo no hice y me ayude tú ves” (María Elena como se citó en Da Silva y Martínez, 2015, p. 131); “Ayudar a alguien, enseñar ayuda mucho, te desconecta, sin pedir nada a cambio” (Sonia como se citó en Da Silva y Martínez, 2015, p. 135); “Estuve ayudando a alguien que perdió a un hijo” (Zaida como se citó en Da Silva y Martínez, p.135). “Uno se va apoyando la una con la otra” (Madeleine como se citó en Da Silva y Martínez, p. 131); “Esa sensación de poder llegarles a otras...de ayudarlas [...] Se puede trabajar de manera individual y también grupal” (Antonia como se citó en Da Silva y Martínez, 131).

Estas madres construyeron una red y diseñaron materiales para entregar a otras madres, uno de los mensajes que elaboraron fue: “Madre: No tienes que vivir tu dolor sola: ¿Qué mejor apoyo que el de alguien que ha vivido ese dolor?” (Antonia y Sonia como se citaron en Da Silva y Martínez, p. 149).

4.1.3. Formas de participación o involucración de la comunidad en los servicios de salud

Tal como comenta Góis (2008) la ruptura del modelo biomédico de salud y los movimientos de salud mental comunitaria han logrado cambios en las formas de concebir los sistemas sanitarios, democratizando la salud y pasando a concebir a las personas como ciudadanos/as en vez de pacientes. Y más aún, como propone Montero (2010), considerar a la comunidad como co-terapeuta, en tanto ofrece conocimientos, prácticas y formas de saber popular que pueden contribuir con el mantenimiento de la salud y la curación de la enfermedad en su contexto.

Este cambio de perspectiva, a mi modo de ver, da pie a pensar e introducir los procesos de participación comunitaria en estos ámbitos, los cuales cada vez más están siendo asumidos por las personas, tal como se observa en este apartado. Esta participación se presenta de distintas formas, tal como explican algunos/as entrevistados/as, respecto del servicio que hay en la comunidad, las cuales van desde modalidades abiertas como involucrarse en lo que se les solicite y puedan apoyar, hasta ser facilitadores de actividades.

La primera forma de participación planteada por algunos/as vecinos/as es su disposición a colaborar y mantener los espacios de la comunidad: “*con lo que me dicen y lo que yo puedo [...] ayudo en las fiestas, las tradiciones [...] nos dan la iniciativa y empezamos a trabajar en conjunto [...] y también mantengo limpio el ambiente*” (Alba, C, 65 años). Ello, incluye para algunos el venir “*a las actividades que hagan y estar pendientes si necesitan algo, [...] para arreglar algo yo estaría a la orden, colaborando con cosas para traer y eso*” (José, C, 25 años).

La segunda forma de participación mencionada es el contribuir en la promoción del servicio, ya sea “*diciendo mi propia vivencia aquí dentro del espacio*” (Iris, C, 30); “*ir casa por casa promoviendo el servicio, acompañando si no conocen a la gente*” (Amalia, C, 60 años y Alba, C, 65 años).

Yo puedo ayudar enamorando, hacer lo que me hicieron a mí en aquel momento, buscar personas, dar a conocer el servicio, casa por casa, eso se hace y es muy útil, [...] enamorar a otros de la comunidad en el servicio para que se puedan permitir cambios como yo, aunque no he participado directamente, trabajar acá me ha cambiado la vida y hay otros que también lo necesitan. (Martina, C, 63 años)

Dicha promoción implica, como comentan algunos/as, la sensibilización en torno a la salud mental y ciertos temas específicos vinculados a esta: “*hacer propaganda para que la gente sepa que hay psicólogos en la comunidad que ayudan a la gente para que tenga salud mental*” (Lucía, C, 48 años de edad); “*ayudaría a dar charlas para tomar las cosas en serio, que sí ayuda ir al psicólogo no porque estemos*

locos” (Alexia, C, 37 años); “ayudando con la violencia, que la gente entienda que uno no puede vivir con esa agresividad todo el tiempo, que los niños aprendan a convivir sin eso, sin ser violentos” (Alba, C, 65 años).

La tercera actividad que suscriben un par de vecinos es ser instructor de taller (Patricio, C, 37 años) y facilitar actividades de orientación para jóvenes (Octavio, C, 70 años). Sin embargo, Octavio comenta que ya no se puede comprometer igual porque dedicó mucho tiempo al liderazgo comunitario: *“20 y pico de años luchando y luché, pero ya no soy la misma persona que puede moverse por aquí y moverse por allá”.*

Lorena y Viviana, se proponen para acciones específicas de su interés: *“si abrían guardaría o algo así para más pequeños, pudiera ayudar, venir, una sobrina también” (Lorena, C, 35 años); “participaría en recoger y organizar a las personas de la comunidad para donar juguetes, ropa y comida para los más necesitados, también libros, colores, y así otras necesidades para los niños” (Viviana, C, 45 años). Lucía, menciona “colaborar con los jóvenes para que no agarren malos vicios, en hacer canchas deportivas y hacer deporte” (Lucía, C, 48 años); sin embargo, lo comenta de manera genérica, sin proponerse para el desarrollo de esta actividad.*

Por su parte, Elena, una egresada de la PUCP, considera que la participación puede ser distinta para cada grupo etario, acorde con aquello que le genere bienestar:

Tal vez el hecho de generar bienestar es diverso también, es decir, no lo sé; tal vez podría ir en la parte de niños y adolescentes, en que ellos puedan acceder a un espacio saludable, positivo donde puedan vivir donde sean escuchados. En el caso de adultos podría ser distinto, donde de repente la comunidad puede

generar esos espacios de distintas maneras, de repente puede ser en un momento de cosechar, pueden hacer una actividad que fomente esto en diferentes formas, diferentes prácticas. (Elena, PE PUCP)

El testimonio de Valeria confirma la idea propuesta por Elena, pues resalta:

Uno de los niños se mantuvo todo el año [en las actividades del centro], y él iba, era un niño muy independiente, como suele ser en esas comunidades, y él iba solo sin necesidad de que la mamá estuviera detrás de él, él se involucró y él sabía que ese era su espacio, y él lo respetaba y ahí estaba, era como algo muy importante para él. (Valeria, PE, UCAB)

Finalmente, Jonás (PE PUCP) trae una idea diferente a las expuestas y tiene que ver con un rol de la comunidad que le permita manifestar las necesidades de lo que habría que hacer desde los servicios de salud e ir monitoreando las acciones, tomando el control sobre el trabajo que se desarrolla en la comunidad y que amerita hacerlo desde un lugar de igualdad con los/as profesionales, a lo que él refiere como comités de seguimiento:

Si vas a trabajar salud mental con la comunidad, mínimo vas a organizar un comité que esté vigilante de lo que es su salud y tal porque es de la comunidad, la comunidad tendría que tener gente dentro de lo que es este servicio para que vigile y proponga cómo se debe establecer el diálogo con los problemas que puedan estar ahí [...] Es un comité que tiene la misma validez y opinión que los profesionales que vayan a brindar ese servicio. Al final, ese servicio termina siendo un conjunto de acciones a favor de la salud mental de la comunidad; pero la comunidad tiene que darse ese mismo servicio, y esa gente tiene que prestar ese servicio de retorno a su gente, a su población. (Jonás, PE PUCP)

Son diversas las alternativas de participación que muestran los/as colaboradores/as, lo cual pone de manifiesto la conciencia sobre su posibilidad de

aporte dentro de la comunidad, a la vez que da lugar a que cada uno/a pueda ubicar formas de involucración acorde a sus propios intereses, capacidades y comprensión de lo que resulta importante para la comunidad, lo cual permite tener un rango alto de personas participando que pueden irse comprometiendo cada vez más en diversas actividades.

Esto puede entenderse a la luz de la propuesta de los niveles de participación y compromiso de Montero (2004), en la cual la participación se puede mirar a manera de círculos concéntricos en los que en el centro se encuentran quienes lideran las actividades y toman decisiones, por ejemplo, podrían ser las personas pertenecientes a esta figura planteada por Jonás de los comités de seguimiento. Mientras que en los otros niveles se van distribuyendo, tal como expresaron las propias personas de la comunidad, en aportes más concretos como realizar acciones para impulsar el servicio, apoyar en algunas actividades preestablecidas o, simplemente, estar allí por si se requiere su aporte en un momento dado.

En este apartado, al igual que en el anterior, la voz central de los/as colaboradores/as ha sido la de las personas de la comunidad, seguida por la de los/as egresados/as de los programas de postgrado. Todos ellos han estado cercanos a estos servicios dentro de la comunidad y desde allí realizan su aporte. Los/as egresados colocan su énfasis en la especificidad de la salud mental, mientras que las personas de la comunidad muestran una gama de actividades comunitarias en las que se incluye la atención psicológica, el deporte, las capacitaciones, entre otras.

4.1.4. Actores/as claves de la comunidad

Dentro de esta dimensión participativa a la que me he referido antes, aparecen figuras en la comunidad que son quienes logran liderizar y movilizar procesos colectivos frente a las diferentes problemáticas que afrontan y en la búsqueda de mejoras para sus condiciones de vida. Manuel lo ejemplifica de la siguiente manera en el marco de la violencia en Venezuela:

Hay un grupo de madres que se llama ORFAVIDA, [...] unas madres que le mataron los hijos el FAES⁵ y están haciendo denuncias, esas son un foco súper interesante y valioso; [...] hay algunos maestros que siguen luchando, tratando de sostener las escuelas como lugares de realmente una comunidad alternativa a algunas comunidades que han sido tomadas por la violencia [...], ha pasado que las bandas están tomando la comunidad, entonces son los líderes quiénes sostienen alguna posibilidad alternativa. (Manuel, A)

Tesania comenta como en su país (Perú) han encontrado una denominación abarcadora para estas personas que realizan alguna actividad o rol dentro de su comunidad:

Nosotros encontramos una palabra que a nosotros nos ayudaba que era proveedores de cuidado [...] y dentro de los proveedores de cuidado estamos ubicando guías naturales, profesores, enfermeros, maestros, iglesia, agentes comunitarios, mujeres de la comunidad del comedor, mujeres de la comunidad del vaso de leche, todas aquellas que tengan a su cargo algo. (Tesania, A)

Dentro de estas figuras comunitarias aparecen aquellos que se dedican al ámbito de la salud y/o de la salud mental específicamente, conocidos por lo general como

⁵Fuerzas de Acciones Especiales del Comando de la Policía Nacional Bolivariana de Venezuela.

promotores/as comunitarios/as de salud. Sin embargo, existen otras denominaciones o algunas variaciones dependiendo del país, pero, básicamente, refieren a personas con la misma labor y lugar dentro de la comunidad.

En el Perú oficialmente se les denomina agentes comunitarios de salud, lo cual fue decretado a través de la Ley 30825, publicada el 20 de julio de 2018 cuyo objeto es “fortalecer y consolidar la labor de los Agentes Comunitarios de Salud, como actores fundamentales en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en sus comunidades” (Artículo 1). Los cuales son definidos como aquellas “personas elegidas o reconocidas por su comunidad, que realizan acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones” (Artículo 2).

En este contexto, *“para elegir un promotor de salud se busca a los líderes de la comunidad, tiene que ser alguien que tenga reconocimiento de la comunidad y el Estado los capacita, así es como funciona”* (Karina, A). Karina indica cómo las lideresas de los proyectos con las que estaba trabajando en su organización, en las zonas rurales, pasaron a formar parte de los/as promotores/as de salud de los establecimientos de salud y recibieron capacitación en salud física.

Carlos explica que son personas con deseo de tener una vida más activa dentro de la comunidad y cuidan a la comunidad. En los proyectos de su organización han realizado capacitaciones para potenciar este quehacer, por ejemplo, que, *“esas personas sean de ayuda a mujeres que estuvieran bajo violencia del marido, que las*

golpeaban, entonces ellas decidían intervenir sobre eso y entonces en parte a cómo se va forjando la identidad grupal decidíamos dar más capacitaciones” (Carlos, P).

Agustín señala que en Chile existen los trabajadores comunitarios de salud mental, o trabajadores de salud mental, los cuales considera indispensable por su carácter multiplicador y “*una estrategia muy potente*” ya que, al ser personas de la propia comunidad que hacen labores que harían los equipos de salud, conocen las necesidades particulares de ese lugar, entonces eso tiene mucho sentido incluso desde la pertinencia de las intervenciones que se piden en la política pública.

Lo que menciona se trata del fortalecimiento de los recursos comunitarios. Sin embargo, comenta que en ese país se ha tenido una visión bastante crítica por considerarlo similar a la idea de los paraprofesionales, la formación de monitores, como una antigua práctica de educación popular. Habría que preguntarse si tales críticas lo que buscan es resistirse a ciertos cambios que, de algún modo, propician movilizaciones de los lugares de poder de los/as profesionales, incorporando en las tareas de atención en salud mental a personas de la comunidad sin formación académica específica.

En el caso de Argentina, Marcela explica que en su sistema de salud se encuentran los operadores de salud, que eran personas seleccionadas de la comunidad, “*inicialmente no se les pedía ninguna titulación*”, cuya labor no necesariamente era en la misma localidad en la que vive.

Entonces lo que buscábamos cuando empezamos a amarrar todos los dispositivos como intermedios, necesitamos de estas personas que tengan

cierta sensibilidad, [...] sensibilidad hacia las personas que están sufriendo y que quizás nosotros podamos capacitarlos desde la práctica, desde las situaciones que ellos atraviesan con un fuerte acompañamiento, [...] el primer grupo que entró era muy chiquito, [...] En este momento que hay muchos operadores en el sistema.

[...] Ahora está regulado por una ley en la provincia, hay una movida muy grande a nivel país y nosotros en la universidad lo tenemos como tecnicatura de acompañamiento terapéutico; [...] que en su momento nosotros no estábamos muy de acuerdo porque tradicionalmente el acompañamiento terapéutico venía muy ligado a la psiquiatría y a la cuestión de acompañar a quien no puede estar solo por una cuestión más de riesgo. Entonces, el desafío fue cambiar ese lugar hacia una cuestión más de promover autonomía, de poder trabajar en otros ámbitos y no solo con la persona que se va a suicidar.
(Marcela, A)

Desde la literatura, Góis (2012), considera fundamental la presencia de lo que él denomina cuidadores/as comunitarios, a quienes define como personas que cuidan a sus vecinos e incluso más allá de su comunidad, a pobladores/as que requieren de alguien que les ayude. Estos, tal como expone el autor, tienen mucho que decirnos a los/as profesionales de cómo ven y actúan en su práctica de ayuda a quienes padecen algún sufrimiento, a quienes se involucran en actos violentos, en el alcohol y las drogas y a aquellos con crisis existenciales.

No se trata, como plantea Teresita, de que se conviertan en pcc, pero sí que entiendan de clínica-comunitaria *“porque son los que nos van contactando con las personas, les van diciendo a las personas qué tipo de trabajo hacemos, y la*

importancia del trabajo colectivo, de compartir experiencias” (Teresita, A); “las personas pudieran tener acceso a ellos, para una necesidad puntual, son personas que son vistas, que son un referente, entonces en cualquier momento pueden volver a verlas” (Karina, P).

Esto lo reafirma Dunia al comentar:

Yo no soy psicóloga y a mí me vienen a buscar 25 mil personas que quieren conversar conmigo, entonces yo lo que hago es que después de que converso con la persona les digo, ¿no te gustaría conversar con un psicólogo para que te ayude, tu cosa? porque yo te estoy escuchando, pero yo no tengo las herramientas que tiene un psicólogo; entonces desde allí se hace esa referencia hacia el psicólogo y yo la veo sumamente importante. (Dunia PCS, 59 años)

Tal como asegura Marcela esto significa:

Empezar a pensar en esos términos de que nuestro lugar sea estar acompañando procesos comunitarios de organización comunitaria que permita trabajar y que la propia comunidad se haga cargo de la salud mental de sus habitantes sin desconocer nuestro saber técnico. (Marcela, A)

En tal sentido, Pedro comenta que, “*hay un montón de cosas que los mediadores comunitarios pueden hacer mejor que un psicólogo. Igual creo que hay un montón de intervenciones donde la comunidad resuelve un montón de situaciones mejor de cómo lo podríamos resolver muchos psicólogos” (Pedro, A).*

En la misma línea Manuel expresa que

En Venezuela era una necesidad, porque no hay profesionales que cubran una cantidad de zonas, ahora más todavía, la posibilidad inclusive en enfermedades

mentales graves, yo creo que sí, necesitas alguna forma de gente que pueda detectar y tener un manejo básico para poder ayudar a derivar o contener mínimamente en situaciones que no deben estar teniendo muchos espacios para ser atendidos [...] a través del centro Gumilla ellos tienen, no me acuerdo cuál es el nombre, creo que llaman consejeros comunitarios, y la idea es formarlos también en elementos básicos de detección de las afectaciones muy graves de traumas y de las secuelas de la violencia para llegar a contener, poder contener un poco las comunidades que están terriblemente afectadas. (Manuel, A)

No obstante, Manuel plantea que es fundamental, en este contexto particular de violencia, pensar con cuidado quiénes pueden desempeñar esta labor, pues se trata de ayudar a contener afectaciones graves por el trauma, por lo que se hacen necesarias preguntas como: ¿quiénes son las personas que siguen resistiendo?, ¿quiénes tienen la posibilidad de contener?, ¿quiénes tienen la posibilidad de organizarse para empezar a pensar qué hacer con ese panorama tan violento que ahora enfrentan esas comunidades?; “*y después tener conocimiento de lo emocional y de las afectaciones de trauma, ataques de pánico, suicidio, todo eso tiene sentido, formar a esas comunidades un poquito para poder tener algo más de contención en un sitio muy precario*” (Manuel, A).

A partir de estas preguntas tan pertinentes que señala Manuel, yo sumaría la importancia de que quienes desempeñan estos roles en la comunidad aprendan a manejar sus propias emociones y posturas, tanto por su propio bienestar como para poder captar la diversidad de inquietudes, necesidades y recursos manifestadas por otras personas de la comunidad. Ello debido a que, tal como como advertimos en una

oportunidad Montero y Goncalves-de Freitas (2010), en el marco de la PCC, los/as líderes/lideresas comunitarios/as son intermediarios positivos para el contacto con la comunidad, pero en ocasiones pueden funcionar como una especie de velo encubridor de los problemas de la comunidad, por cuanto las necesidades traducidas por ellos/as no siempre corresponden a la del resto de la comunidad, pues implícitamente pueden imponerse sus sesgos, temores y miradas.

Agustín considera que es importante esta figura para:

...revitalizar las relaciones sociales que están también obviamente súper individualizadas también por el proceso desarticulado que tenemos acá. La gente desconfía, no habla con el vecino [...] Nosotros le atribuimos mucho el valor a las personas que puedan colaborar como agentes de salud en el territorio [...] lo que nosotros queremos hacer [...] después de que pase todo esto, es precisamente ubicar en todos los territorios donde vamos a trabajar, personas que tengan el ánimo, la motivación, la habilidad y la destreza, que se capaciten como monitores comunitarios y que, de alguna manera, generar procesos de apoyo social. (Agustín, A)

A continuación, presento algunas de las funciones de estos/as actores/as claves de la comunidad en el campo de la salud mental comunitaria, recogidas desde la propia práctica de los/as colaboradores/as:

- Cuestionar algunas prácticas culturales nocivas (Karina, P), cómo es el caso del alto consumo de alcohol o la violencia de género. Esta es una labor que si se plantea desde un/a agente externo a veces no es bien recibida, porque además este último no cuenta con los códigos culturales

del lugar, pero el que el/la promotor/a esté acompañado del profesional, paradójicamente, genera reconocimiento o validación de lo planteado.

- Identificar problemas de salud mental, aspectos de la cotidianidad que afectan la salud mental y gestionar la atención por un/a psicólogo/a si fuera necesario y posible. En palabras de Karina:

...el trabajo que ellas hacían era muy sencillo porque, por ejemplo, iban subiendo por la escaleras [...] y en el camino veían, por ejemplo, que una señora le gritaba a su hijo o le daba un coscorrón, y le preguntaba porque le jalas el cabello a tu hijito, que si la tratas así va a tener miedo, y le dice que es que se orina en la cama, y pues como no se va a orinar en la cama si lo estás golpeando, o he visto que tu esposo llega borracho, que hace que los niños se asusten, que necesitan apoyo, que vayan al CAPS que la ayudan y no te quedes callada. (Karina, P)

- Ser cofacilitadores en las actividades de las actividades comunitarias:

El agente comunitario tiene la labor de gestionar charlas de prevención, en todo lo que es salud y dentro de la charla de salud, también se ha trabajado lo que es atenciones, prevención de la violencia familiar, lo que es la detección, pero la dan ellos. Ellos me convocan para yo poder brindarles la atención o del psicólogo que esté en el momento [...] y así algún caso que digamos necesita la atención adecuada en ese momento, lo atiendo en el mismo lugar. (Javier, P)

Tesania comenta acerca de una capacitación para personas de una localidad como “cofacilitadores de procesos de reconstrucción social”, “al año, ya son cofacilitadores, ellos dirigen las sesiones, ellos son los

que ponen los temas y ellos son los que deciden la acción de movilización comunitaria que se va a hacer” (Teresita, A).

- Difundir servicios o proyectos (Teresita, A), dado que en muchos casos las personas desconocen las alternativas de servicios que tienen en su comunidad y, sobre todo, en que les puede servir y de qué manera acceder.
- Hacerse cargo de algún proyecto (Teresita, A). Hay personas con experticia en la comunidad para comprometerse en la coordinación y/o ejecución de acciones dentro de un determinado proyecto, sea que este sea una iniciativa de las propias personas de la comunidad o de alguna organización interna o externa a esta. Carlos reporta respecto de una de sus experiencias que, *“la agente comunitaria es la persona encargada de coordinar la atención dentro de la comunidad, es parte del equipo, reporta lo que está ocurriendo dentro del equipo”* (Carlos, P).
- Desempeñar actividades vinculadas a la enfermería como tomar la tensión o la venta de medicamentos en algún centro de salud (Javier, P): si bien estas labores no están vinculadas de manera directa a la PCC, con ellas se contribuye al bienestar de las personas, se generan vínculos y se convierten en ambientes para detectar afectaciones en la salud mental o promover el bienestar en general.

El fortalecer la presencia de estos/as agentes en las comunidades, se convierte en una línea central para la PCC, tal como expone Teresita:

...obtener la responsabilidad en el desarrollo de un espacio de clínica comunitaria en la comunidad [...] lo están viendo principalmente con el trabajo a través de proyectos, esa es la forma como veo que va a tener un peso importante, [...] a parte de los diagnósticos, [...] trabajar en el desarrollo de promotores, que esos promotores tengan un trabajo como tu decías de facilitadores, de acompañamiento y todo eso. (Teresita, A)

Se puede evidenciar amplitud en las responsabilidades que asumen estos/as actores/as claves en la comunidad, de acuerdo con lo planteado por los/as académicos/as y profesionales entrevistados/as. Así, se pueden identificar acciones de carácter problematizador, diagnóstico de problemáticas, referencia a servicios, difusión y coordinación de actividades y tareas de corte educativo o de enfermería. En todo caso, la mayor riqueza de su labor como lo explícita Karina está en la posibilidad de hablar actuar y comprender a partir de códigos culturales y vivencias compartidas, que pueden tener mejor acogida por parte de sus pares o aquellos con quienes conviven. De igual forma, permiten a los/as profesionales de la PCC entender dichos códigos, planteándose estrategias y formas de aproximación acordes al contexto en el que se trabaja.

Esta labor resulta compleja ya que se torna exigente el lugar de estos/as actores/as en la comunidad, tal como expresa Valeria: *“Dunia [promotora/lideresa comunitaria] siempre nos cuenta que ella está como muy cargada, porque muchas personas van y continuamente hablan sobre sus problemas y ella termina siendo como una súper contenedora de todo lo que pasa a muchas personas”* (Valeria, PE UCAB).

De esta manera, desde la PCC nos corresponde incentivar el cuidado de la salud mental de estas personas como parte del equipo de trabajo.

En función de lo contemplado en este punto es clara la presencia de personas de la comunidad que tienen un rol más activo en los procesos de salud mental comunitaria, quienes actúan de manera conjunta con los/as pcc en la comunidad. Esta figura no está reservada para el trabajo desde la PCC, sino que se contempla en el marco de las reformas de salud mental de los diferentes países en los que ella se ha suscitado.

De tal manera, que puede tener una identidad formal, como he mostrado ocurre en el caso peruano, o sencillamente estar de manera espontánea en las comunidades, tal como se da con los líderes y lideresas comunitarios/as, figuras que se solapan o más bien apuntan hacia el mismo lugar, pues estos/as actores/as suelen asumir roles más específicos en el campo de la salud, como se evidencia en Dunia, que cumple la función de promotora de salud, coordinadora de un centro comunitario y es reconocida como lideresa de la comunidad.

Llama la atención, la diversidad de términos que han emergido: agente comunitario/a de salud, promotor/a comunitario/a de salud, trabajadores/as comunitarios/as de salud mental, proveedores/as de cuidado, operadores/as de salud, mediadores comunitarios, consejeros/as comunitarios, cuidadores/as comunitarios. Sin embargo, las denominaciones de agente y promotor/a de salud suelen ser las más frecuentes, en oportunidades incorporando salud mental o incluso salud mental comunitaria.

Si bien cualquiera de las denominaciones propuestas tiene sentido dentro del campo de la PCC, considero adecuado reflexionar brevemente en torno a ellas, ya que algunas me parecen tienen un alcance limitado, desde el punto de vista semántico, lo cual es menester cuestionar a fin de resignificarlas, en tanto el lenguaje es constructor de realidad social.

En este sentido, a mi juicio, los términos operadores, mediadores, consejeros y promotores, semánticamente, apuntan hacia algunas de las aristas de lo que supone este rol y no hacia una concepción más amplia o integradora; de tal manera que la noción de operadores refiere más hacia la dimensión técnica de esta labor; la de mediadores, a la de negociación o interlocución; y la de consejeros, a la posibilidad de orientar o asesorar. La de promotores, si bien es una de las más difundidas, coloca el énfasis en el rol de impulsor/coordinador/gestor, que es también una de las funciones centrales, pero no da una mirada integral.

Por otro lado, la consideración de proveedores de cuidado representa un rol de dador que, a mi modo de ver, no correspondería con la perspectiva de la PCC, por cuanto supone una relación de dependencia y pasividad de parte de aquel a quien se le provee. De manera similar ocurre con la denominación de cuidador, que puede dejar al otro en una condición de minusvalía. No obstante, comparto plenamente con mis colaboradores la noción de cuidado como central en el trabajo desde la PCC, pero esta apunta hacia una mirada más colectiva, en el sentido del cuidado mutuo.

Rescato como una mirada interesante la que refiere Marcela, respecto de la consideración del acompañante terapéutico con un cambio de foco hacia la promoción

de la autonomía. La noción de acompañar considero implica horizontalidad, cercanía y compromiso, por lo cual podría ser una denominación interesante para incorporarse en la PCC en tanto enfatiza lo relacional.

Del mismo modo, el término agente resalta la capacidad para actuar, dando un sentido de autonomía e intencionalidad a las conductas en función de la toma de decisiones (Ibáñez, 2001); y al incorporar el adjetivo de comunitario lo enmarca en una capacidad que se produce en relación con el colectivo. Adicionalmente, si se suma el otro adjetivo de salud/salud mental, permite definir el ámbito de actuación.

Me inclino por esta última denominación por considerarla más amplia y abarcadora, pues pueden entrar todas las acciones que implican estar desde ese lugar y dado que nos estamos refiriendo a la PCC, podría ser lógico pensar en Agente Clínico-Comunitario. No obstante, reconozco que en el caso de las personas de la comunidad su ámbito de acción no ha de estar circunscrito a un enfoque en particular, sino que debe responder a las necesidades de la comunidad y, en tal sentido, vincularse con instituciones y profesionales para garantizar el trabajo conjunto, siendo tal vez más amplio utilizar el término Agente Comunitario de Salud.

De allí, sin ánimos de explayarme en esta reflexión, me parece una virtud el que un rol de este tipo sea reconocido y amparado formalmente por leyes, pero me preocupa el que su accionar pueda dirigirse hacia determinados lineamientos predefinidos y concretos que mermen la dimensión de agencia como tal y la particularidad de cada contexto.

El lugar de las personas de la comunidad tiene como punto de partida el uso de sus recursos, que les lleva a participar e involucrarse de distintas formas y a distintos niveles, en pro del buen vivir de su comunidad. Dentro de estos modos de participación resalta la labor de algunos/as actores/as que liderizan procesos en su comunidad y que en el ámbito de la salud han recibido diversas denominaciones, que para efectos de este trabajo asumiré bajo el término de agentes comunitarios de salud.

4.2. Lugar y Contribución de los/las Profesionales en la PCC

El/la pcc tiene un lugar complejo, en tanto como hemos venido discutiendo a lo largo de este texto, trae sus raíces de formación en la psicología clínica y la psicología comunitaria. En este orden de ideas, para Teresita el punto de partida es abandonar la visión clínica tradicional: *“no te puedes insertar como psicólogo clínico con un consultorio porque jamás va a ir nadie [...], tiene que replantearse todo”* (Teresita, A) y asumir que el trabajo de promoción y prevención de salud muchas veces está más asociado al del/de la enfermero/a o médico/a, por lo que debe conquistar un espacio para su actuación en estos niveles.

En esta misma línea, Llorens (2006) expone que el psicoanálisis tradicional invita al analista a no tomar postura en dilemas éticos, políticos y sociales del consultante. Recientemente se ha comenzado a considerar la imposibilidad de asumir tal neutralidad porque, en primer lugar, es un riesgo para personas en situaciones de victimización y, en segundo lugar, todo lo que el/la analista hace está atravesado por su postura teórica, personal y social y marca un posicionamiento político y social,

aunque no se reconozca. Siendo que, además, el silencio o intervención del terapeuta influye en el destino de la conversación.

Desde la caracterización que hace Parra (2016) de la intervención de los psicólogos en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana en Neuquén (Argentina), explica el rol del/de la psicólogo/a de la siguiente manera:

A nivel general, los profesionales entienden que su rol tiene que ver con trabajar en relación al sufrimiento del otro lo que implica no sólo poder escuchar al otro sino también “poner el cuerpo”; tener una escucha diferenciada diseñando estrategias de intervención pertinentes; esperar y respetar los tiempos del otro; realizar tratamiento y aliviar el malestar; promover el cambio y la transformación siendo “un perturbador estratégicamente orientado”; promover que las personas se escuchen a sí mismas; contribuir a re-armar el lazo social.

A nivel específico de la aps, los profesionales entienden que el rol del psicólogo en aps tiene que ver con: atender y promover la salud y la salud mental; trabajar en la prevención de las enfermedades; estar a mano de la comunidad acompañando las situaciones vitales por las que atraviesan las familias y desde cuestiones muy concretas cuando es uno el que tienen el vínculo; contribuir a que la gente implemente sus propias estrategias de afrontamiento; tener un enfoque comunitario, un rol activo y una mirada general: desde el cual “trabajar con las problemáticas prevalentes de la comunidad” y “contribuir al fortalecimiento de lazos comunitarios; tener una perspectiva comunitaria complementaria al trabajo clínico; trabajar con otros aportando una mirada específica desde el campo de la psicología; promover la implicación subjetiva de las personas en sus propios procesos de salud y enfermedad. (Parra, 2016, p. 35)

Si el psicólogo/a realmente se colocase en una posición de compromiso que trascienda el rol de un mero proveedor de servicios de salud mental se abrirían vastos campos de acción hasta hoy poco transitados, y para ello debe partirse de un quiebre de las barreras disciplinares, comenzando por desechar de nuestros paradigmas y prácticas la dicotomización de lo ´individual vs. lo colectivo´ o bien ´lo clínico vs. lo comunitario´ o de ´salud física y salud mental´. (Vergara Vázquez, 2009, p. 71)

Para César se debe mantener, a la vez, una actitud psicoterapéutica y una psicopedagógica, la primera en el sentido de ser contenedor de los procesos de la comunidad y la segunda relativa al trabajar contenidos útiles para la comunidad de una manera comprensible.

En esa línea, Pedro expone que, *“hay una serie de temas donde la comunidad o los mediadores comunitarios no van a poder lidiar con ciertas dificultades mejor de lo que podría hacer un psicólogo bien formado, un psiquiatra bien formado, un antropólogo, un sociólogo u otra figura”* (Pedro, A).

Esta idea de Pedro se complementa con la que él ha mencionado en el punto anterior, en la que plantea que hay temas que los/as mediadores/as comunitarios/as podrán manejar mejor que un/a profesional; dejando en claro así, que de acuerdo con las situaciones que se presenten uno u otro podrá tener la experticia para afrontarlas, a lo cual sumaría que ello es un compromiso de ambas partes.

Un estudiante de PCC de la UCAB resalta la responsabilidad de los/as pcc de evitar la institucionalización de:

...personas que uno considera que no tienen salud mental y sensibilizar a la

comunidad para que se incorpore al tratamiento, que la comunidad comprenda que la forma de funcionar de estos individuos se puede dirigir por características diferentes a las de la mayoría, pero que para trabajar eso, esas diferencias, no implica un aislamiento, sino fomentar como que una conexión en todos los miembros de la comunidad. (Roberto, E UCAB)

Por su parte, Lorenzo demanda la necesidad de ayudar a las personas de la calle:

Algunos son locos, y algunos no es que son locos sino es que se tiran al abandono y entonces la gente los trata como locos, las necesidades de ellos sería recogerlos y llevarlos [...] a un centro de rehabilitación y le presten ayuda. (Lorenzo, C, 42)

Estos dos discursos dan cuenta de la sensibilidad y preocupación por las personas con algún problema de salud mental. No obstante, ambos se contraponen, ya que Lorenzo, hace un llamado para que la persona sea ayudada a través de la institucionalización mientras que el estudiante compromete al/a la pcc con problematizar dicha institucionalización. Observo que la preocupación de Lorenzo muestra con claridad la naturalización en la vida cotidiana de que la mejor forma de atender un problema de salud mental es la institucionalización, siendo este un argumento que valida la relevancia de problematizar tal alternativa.

Esta problematización la enmarcaría en la función política del/de la pcc a la que alude César, en tanto su presencia no es neutral, pues se mantiene en el intercambio con las personas de la comunidad, en donde expresan lo que sienten y lo que saben, muchas veces sin reconocer que *“los afectos y las emociones son una fuente de conocimiento y de identidad”* (César, A) y en este espacio a mi modo de ver, pueden

abrirse los momentos para problematizar no solo la institucionalización sino la distintas naturalizaciones que se han construido en torno a la salud mental desde lugares hegemónicos. Este sentido político se puede evidenciar en el compromiso que asume el/la pcc con las comunidades, la academia y las políticas públicas, a los cuales se han referidos los colaboradores de este estudio.

4.2.1. Compromiso de los/as pcc

4.2.1.1. *Compromisos y acciones con la comunidad*

Dunia describe el acompañamiento de los/as psicólogos a las personas de la comunidad como el elemento central; un acompañamiento que, a su modo de ver, se debe hacer de manera individual o en pequeños grupos y que, pretende justamente complementar o potenciar aquello que han planteado varios/as vecinos/as respecto de lo que ellos/as tendrían que hacer para contribuir al bienestar o salud mental de la comunidad, es decir el poder comunicarse mejor y no dañar al otro, lo cual muestra una mirada de complementariedad en el quehacer de ambos actores en esta tarea.

El psicólogo es para orientar, entonces por eso lo veo desde un acompañamiento de orientación, quizás no con un grupo muy grande, sino con dos o tres personas, hacer como encuentros grupales, una vez al mes, [...] con dos o tres que vayan agarrando tips para poder deslizarse en la comunidad y poder lograr decir con una persona que sepa que le estoy haciendo daño a otro, esa persona va como multiplicando esos saberes, y va ayudando [...], y vamos a ver qué temas trabajamos acá; por ejemplo, el ruido en la comunidad, cómo me dirijo al vecino, cómo hago el reclamo, [...] y ayudar a la gente a tomar conciencia a que no está solamente la salud de que me enfermo, me da un dolor,

no sé qué; sino que está esa salud mental, la salud psicológica, [...] entonces, cómo orientar o armar temas que vayan a atender esa necesidad. (Dunia, PCS, 59 años)

El otro punto en el que algunas personas de la comunidad sienten que el psicólogo puede aportar es en:

orientar a los niños, [...] que sepan diferenciar lo que es bueno y lo que es malo para que no se vayan por el mal camino [...]. También orientar sobre sus capacidades para que sean buenas personas, para que busquen un trabajo. Orientarlos también en el hogar y en toda la comunidad. [...] La gente está muy violenta. De la nada es un problema todo, entonces a esa gente hay que hacerla entender que de esa forma no se ayuda y más bien jode a todos. A esa gente es a la que hay que ayudarla, y así nos ayudamos todos. (Alba, C, 65 años)

Principalmente para las personas mayores para que ellos tengan conciencia y le puedan inculcar cosas buenas a los niños. (Octavio, C, 70 años)

Por su parte, Laura y Alexia, hacen mención de la necesidad de la atención especializada del/de la psicólogo/a para “*personas mayores, discapacitados, [...] personas que han sido drogadictos, dependientes al alcohol, maltrato infantil, hace años hubo abuso sexual, violencia en las familias y violencia en las parejas*” (Laura, C, 43 años). “*Cuando se tiene problemas, traumas*” (Alexia, C, 37 años).

Las intervenciones clínicas individuales quizás sigan siendo necesarias, quizás sigan siendo cimiento para acciones de transformación social, pero es necesario que sean pensadas desde cada contexto, desde cada colectivo, desde cada realidad, sin temor de ahondar en cuestiones pese a que parezcan excesivamente particulares [...] Por lo tanto, sería ideal trabajar a la par de lo individual,

aspectos grupales, colectivos, que apunten a transformaciones concretas del entorno y contexto (Vergara Vázquez, 2009, p. 71-72).

En función de lo antes presentado por personas de la comunidad, es menester resaltar la idea expuesta por Marcela (A): “*Me interesa que lo que hagamos sirva a la gente*”, lo cual a su vez es como dice Karina, motivador para los/as profesionales. Comparto plenamente que el sentido de la PCC está directamente vinculado con estos dos aspectos, y para ello, es fundamental desarrollar un trabajo conjunto con la comunidad, derribando las posturas asistencialistas y apuntando al fortalecimiento de capacidades, tal como lo señala Karina desde la labor de su organización:

...era bien interesante porque salían finalmente consejos y recursos que ellas desde sus propias prácticas, desde sus propias culturas hacían y servían, entonces tenemos el encuentro de ambas culturas de distintas cosas que se pueden hacer y que dan resultado. (Karina, P)

Así, Karina explica cómo luego de un trabajo de 2 o 3 años se evidenciaron mejoras en la dinámica de la comunidad, sobre todo las vinculadas a las formas de relación violenta que se establecía en el pasado entre los/as niños/as, quienes ahora compartían y valoraban lo que producían, así como respetaban las normas. Esto responde a la ética que menciona César, que parte de la comprensión de los procesos culturales de la comunidad:

Yo creo que la ética es una parte muy importante, que uno tiene que entrenarse para comprender la transferencia y los procesos políticos que pueden haber y los procesos políticos significa comprender el proceso cultural cuáles son las

claves del proceso cultural, cuál es el universo semántico de esa población [...] cómo es la estructura de su economía, donde están los intereses, tenemos que entender muchas cosas, de porque una familia se vincula más con otra o como una familia es subordinada a la otra. (César, A)

Retomando el tema de la cultura de la comunidad, por ejemplo, Dunia, señala “*que lo psicológico va muy de la mano con lo espiritual [...] para sanar heridas y canalizar cosas. Entonces [...] una comunidad sana totalmente, hay muchas heridas que no solamente lo ayuda lo psicológico, sino también, lo espiritual*” (Dunia, PCS, 58 años). De esta manera, algunas personas desde esta comprensión buscarán los dos tipos de atención.

César resalta en este proceso la necesidad de identificar las dinámicas de poder existentes en la comunidad y:

...entender cuál es el motor de esa población, qué es lo que la impulsa, a dónde se está moviendo, quiénes son los que la hacen mover, quiénes son los que están haciendo, porque cuando tienes ese mapeo, tu puedes entender mejor qué es lo que pasa, y puedes entender mejor qué posición tomar. (César, A)

Y de esta manera poder problematizar a la vez que contener y empatizar con los afectos de las personas y el grupo. Marcela coincide en la importancia de pensar en la dimensión subjetiva, lo afectivo, lo emocional, el impacto que puede tener determinada situación para una familia, el sufrimiento que le genera.

Esta empatía se muestra en el interés por aportar a la solución de problemáticas de la comunidad, empleando, por ejemplo, como menciona Javier, las alianzas que el

profesional puede tener con otras organizaciones en la localidad; enseñando cómo tramitar sus derechos de acceso a la salud en el caso de las víctimas del CAI como explica Karina; apoyando en la comprensión de un caso de esquizofrenia y ubicando las redes de apoyo en la comunidad para ello y donde puede ser atendida la persona. Como muestra Tesania, esto conlleva a colocar “*sobre la mesa el tema de salud mental*”, a veces no reconocido; ante lo cual Javier comenta lo valioso que ha sido realizar actividades psicoeducativas respecto del tema.

... parte del lugar de los psicólogos en una comunidad, es no solamente ver las carencias e identificar las ausencias, sino cómo fortalecer eso que ya está [...], es como algo de retroalimentación [...], empoderarlos también mucho, cómo establecer sus derechos, cuáles son sus derechos, si se han cumplido, validar todo eso que han vivido, cómo ha sido, compartir sus experiencias; y ya solamente con eso, nos dábamos cuenta, [...] que es un trabajo enriquecedor.
(E, UCAB)

“La reflexión crítica, orientada hacia el compromiso ciudadano, y hacia un fortalecimiento de las organizaciones y colectivos civiles desfavorecidos es un componente importante de la salud integral” (Vergara Vázquez, 2018, p. 72).

Por su parte, Agustín plantea que el/la profesional debe:

...generar las condiciones para que también la gente pueda expresar, participar o sumarse a una psicoterapia o trabajo grupal. En general, los sectores más oprimidos han sido en el fondo, marginados de la palabra y, por lo tanto, la gente no quiere participar, es una manera muy simple de entender el fenómeno, la gente que ha sido excluida de la palabra por qué va a participar, aunque se la estén dando. (Agustín, A)

Este contenido mencionado respecto del compromiso del/de la profesional se convierte en un reto, en tanto se trata de romper con esas formas clásicas de la psicología de intervenir por decirlo de una manera utilitaria, sin una mayor empatía y compromiso como el que acá se ha planteado por parte de los/as colaboradores/as.

Al respecto, Koh Yah y Castillo León (2014) comentan que “Puede que resulte obvio, pero, poniendo atención a las voces de las participantes, fue posible evidenciar que a veces resulta cuestionable el papel del psicólogo frente a la comunidad” (p. 129), pues una de las participantes del trabajo colaborativo que estaban realizando, manifestó su sorpresa porque ahora habían tenido un taller más extenso, siendo que en otras oportunidades los/as psicólogos/as hacían una sesión y luego no volvían. Ante lo que las autoras explicitan que no solo es importante que las personas accedan a los servicios, sino que estos sean de calidad y pertinentes culturalmente para las personas.

Finalmente, Manuel hace mención a las implicaciones que puede tener el compromiso con la comunidad en contextos como el de Venezuela en la actualidad, donde puede haber riesgos que atentan contra la seguridad de los/as profesionales, colocando el ejemplo de un psiquiatra en una zona del interior del país en la que atendía a maestros traumatizados por amenazas de muerte de bandas en la zona; el tener el conocimiento y registro de estos casos lo colocó a él en una situación similar de riesgo y fue presionado por las autoridades regionales para dejar la atención.

A lo largo de este punto se puede apreciar la participación de los diferentes tipos de actores entrevistados, siendo resaltante la presencia de las personas de la comunidad quienes señalan los aspectos en los cuales consideran importante el aporte de los/as

pcc, apuntando sobre todo a aquellos que les permiten tener una mejor convivencia o comprensión del otro, lo cual es consonante con los énfasis de la PCC.

De parte de los/as estudiantes, profesionales y académicos/as resaltan tres elementos centrales; el primero de ellos vinculado a lo que implica asumirse desde el lugar del/de la pcc, cambiando las miradas tradicionales respecto de los/as profesionales de la psicología a la vez que cuestionar las estructuras normalizadas en el tema de la salud mental como lo es la institucionalización y el asistencialismo.

El segundo aspecto responde a la importancia de comprender la cultura de las comunidades con las que se trabaja como responsabilidad ética y política de reconocimiento del otro, buscando el fortalecimiento de las comunidades. El tercer aspecto está relacionado con los riesgos de asumir un posicionamiento comprometido en contextos en crisis sociopolítica, que si bien en este momento, refiere a Venezuela en particular, situaciones como esta son un lugar común en los países latinoamericanos, que se han suscitado en diferentes momentos de la historia del continente.

4.2.1.2. Compromisos/retos con la academia y las políticas públicas

Algunos/as estudiantes y especialmente los/as egresados/as de la MPC entrevistados, coinciden en la responsabilidad que tenemos los/as pcc en plasmar con más claridad la inclusión del conocimiento de las comunidades como parte del conocimiento generado desde este campo, validándolo, a la vez que rompiendo las concepciones tradicionales al incorporar nuevas miradas producto del trabajo conjunto.

Nosotros buscamos que lo que nosotros sabemos de salud mental desde lo

positivo o desde lo patológico los demás lo sepan como algo necesario, y yo creo que al revés tiene que ser también, tenemos que ser inclusivos, tenemos que incorporar el conocimiento de la gente hacia el conocimiento académico también un poco lo que tú dices que no sea un conocimiento alternativo, sino que sea conocimiento de todos. (Juan, PE PUCP)

Creo que nosotros como psicólogos y sobre todo como psicólogos comunitarios siempre apostamos por el cambio tenemos que imaginarnos nuevos discursos desde la academia nuevas definiciones, nuevas concepciones, nuevas prácticas que puedan contrarrestar toda esta forma de mantener a la gente o con miedo, o con culpa o con vergüenza y que hace que finalmente esto paralice en general a diferentes grupos humanos no solamente los que están en situación de vulnerabilidad. (Isabel, PE PUCP)

Yo creo que los psicólogos comunitarios necesitamos tener una educación problematizadora nosotros y trasmitirla a los demás. Tienes que cuestionar lo que te dan porque pasivamente terminamos en lo que está diciendo Isabel; eso yo creo que para nosotros es básico, nuestra mirada y compartir esa mirada que tenemos cuestionadora con los demás hacen que los demás también puedan cuestionar cosas porque es a partir de allí que tu construyes tu forma de ver las cosas. (Juan, PE PUCP)

El ámbito académico per se no debería ser ajeno a la práctica social de las comunidades, las concepciones que tengan las comunidades deberían ser tan válidas como las académicas, lamentablemente estamos dentro de una sociedad que vive dentro del conocimiento y el conocimiento es poder. Entonces, al final lo académico termina dándole la etiqueta de válida a las concepciones que el pueblo ya lo tiene de por sí, las personas las tienen así nosotros le ponemos el sellito de Best Seller para que sea válido, entonces habría que cuestionarse también eso. (Jonás, PE PUCP)

Debería ser, *“un trato más horizontal, poder revalorar mucho lo que tienen las personas, [...] respetar los conocimientos [...] que ya tiene incorporado la comunidad”* (E, PUCP Ayacucho). Ello demandaría, adicionalmente, que los/as profesionales que trabajen con poblaciones con lenguas originarias, deberían tener el conocimiento de ellas para poder tener un diálogo más fluido y comprensivo, pues los/as profesionales de salud *“van y las personas les mencionan sus malestares, van a decirles lo que ellos tienen en quechua y claro está ellos tratan de traducir, pero no es lo mismo”* (E, PUCP Ayacucho).

Por otro lado:

...al menos acá en el Perú, todavía no hay un vínculo tan fluido entre lo que se puede hacer desde la academia y la incidencia más pública, que se puede hacer en términos de políticas, creo que todavía falta hacer desde un proyecto, trabajar con la gente, colaborar, producir información y esa información pueda aportar en la generación de políticas públicas. (Isabel, PE PUCP)

...recoger las experiencias de lo que ya se está haciendo, lo que se hace, lo que las poblaciones vienen haciendo para su salud mental, para estar bien, para sentirse bien y recoger y entenderlo, desde lo académico, tenerlo para poder visibilizarlo, para entenderlo y esto que entre de esta forma también para hacer parte de las políticas, es una tarea para la psicología comunitaria bastante valiosa. (Elena, PE PUCP)

Tú podrías pensar que estás haciendo clínica comunitaria, haciendo efectivamente, como dices tú, políticas públicas, es decir, estoy haciendo intervenciones que van a mejorar el bienestar de las personas con un enfoque desde la misma persona, incluyendo a la persona en el proceso de decisión y

que todo eso, tiene un sentido que, además, va a tener una repercusión en el bienestar. (Agustín, A)

La propuesta que hacen los/as colaboradores respecto del compromiso de los/as pcc con la academia y las políticas públicas, a mi modo de ver, se traduce de nuevo en un compromiso con la comunidad, por cuanto plantean el imperativo de que los/as profesionales asumamos una perspectiva crítica frente a nuestro saber, reconociendo e incorporando los saberes de las comunidades que vamos recogiendo en el trabajo conjunto para difundir como conocimiento académico y para desarrollar políticas públicas. Ello implica cuestionar la estructura de poder del conocimiento académico dando el mismo lugar al conocimiento de las comunidades y deconstruyendo nociones como las de comunidad y salud mental, entre otras.

4.2.2. Competencias

Las competencias aluden a las capacidades que deben tener los pcc en su aproximación al trabajo con las comunidades a fin de relacionarse y tomar decisiones en los distintos momentos y situaciones que se le presentan, acorde a los valores y enfoques de la subdisciplina. Ello implica sus actitudes, habilidades y afectos.

Agustín menciona dos competencias primordiales que ha de tener un pcc: la apertura al territorio, a la vida cotidiana de las personas y la posibilidad de conectarse con ellas con humildad:

Entonces, Clínico Comunitario significa abrirse al territorio, abrirse a la vida cotidiana de las personas; cuáles son las situaciones, sobre todo de pobreza estructural, o violencia estructural, cómo vive esa gente para traer en el fondo

el setting terapéutico esos elementos y no actuar como en un vacío descontextual, eso es muy importante. (Agustín, A)

Esta contextualización, requiere flexibilidad de parte del/de la profesional, “*si hay que hacer desplazamiento [se refiere fuera del consultorio] [...], no es solamente quedarte en un solo lugar*” (E, UCAB), así como para adaptarse a los horarios de las personas, quienes muchas veces tienen dificultades para llegar a tiempo o ser atendidas en ciertos horarios, como comenta Valeria:

...me daba cuenta que, por lo menos una de las mamás que siempre iba [...] se veía que estaba haciendo todo el esfuerzo por llegar, aunque no fuera la hora yo igual atendía todo lo que podía hasta que llegara la otra persona y sí terminaba más tarde [...], varias personas, como que podían a partir de las 6 de la tarde, 7, 8 de la noche; horario que nosotras no podíamos satisfacer. (Valeria, PE UCAB)

Esta flexibilidad también “*...no está solamente en que es atención individual en niños y en adultos, sino que, si es necesario, hacer una atención familiar, con familia extensa, pues estar abierto como a eso, [...] estando allí, hay muchas cosas que se presentan [...] y atenderlo*” (E, UCAB). De hecho, ello favorece una comprensión más completa de los procesos con los que se trabaja:

...parte de eso es ir al colegio, es tener el contacto con la familia, es llamar a la profesora, ir a refuerzo escolar, de pronto 10 o 15 minutos para hacer la observación, no solamente limitarse al contexto donde uno atiende, sino ver esas otras miradas y áreas que están inmersas justamente con la persona que estamos atendiendo, y que no la dejamos de lado, sino que la tomamos como

parte de eso, como parte del proceso. (E, UCAB)

De la misma manera, en centros convencionales:

tú sabes que tienes tu consultorio, tú eres la psicóloga, estás en tu lugar [...] y esas personas que están ahí a tu alrededor, muy posiblemente no te van a buscar para que hagas una intervención en ese momento, en cambio, en estos centros [refiere uno de PCC] sí pasa. (E, UCAB)

Ves a los pacientes en otros contextos, y entonces el poner posiciones, y uno con el entrenamiento que uno tiene de que fuera tiene que ser como, más que todo, mantenerse como neutro, es como ya es una demanda diferente. (E, UCAB)

En definitiva, se requiere poder adaptarse a las necesidades de atención de la población y lo que implica que el servicio funcione dentro de la comunidad.

Desde su formación inicial como clínico orientado psicoanalíticamente, Llorens (2003) expresa como no es esta formación en sí misma la enemiga de estos espacios no convencionales sino la rigidez la que no permite al psicólogo un diálogo fuera de categorías preestablecidas.

Por otro lado, de acuerdo con los estudiantes se requiere sensibilidad, respecto, horizontalidad y empatía:

...personal sensible y con mucha calidez que ayude [...]; sensibles al trato con las personas de esas zonas, que pueda haber mucho respeto, un trato horizontal y también debe haber un equilibrio entre las personas, que puedan buscar el entendimiento [...] personal capacitado en derechos humanos, interculturalidad, género, entre otros. (E, PUCP Ayacucho)

Es que yo pienso que es pasar por la empatía de ponerse en el lugar del otro, yo creo que el trabajo comunitario es eso [...] yo creo que el trabajo comunitario tiene que ver con una sensibilización de esta parte humana, que muchas veces uno como que oculta, porque justamente está metido como en una coraza, como que el otro está allá y tú estás aquí. No, mira, estamos juntos. (E, UCAB)

... yo comparto también lo de sensibilizarse, pero nuevamente, entender qué implica esa sensibilización [...], una intervención muy bien intencionada no necesariamente va a ser una intervención adecuada o que va a traer mejores beneficios [...] sí tienes que sensibilizarte, la empatía creo que en profesiones como psicología uno lo tiene que manejar en cualquier tipo de contexto, pero también tener cuidado y ver hacia dónde apunta la intervención. (E, UCAB)

Para Dunia,

Tiene que haber mucho carisma en el psicólogo, porque esto es un trabajo de uno, del dolor de uno que no a todo el mundo, no porque seas psicólogo yo te lo voy a contar, porque dependiendo de cómo sea la relación que hay entre el paciente y el psicólogo, tiene que haber una muy buena relación. (Dunia, PCS, 59 años)

En síntesis, las tres competencias y/o destrezas propuestas por los/as colaboradores son la comprensión del contexto, la flexibilidad (de espacios, horarios y tipo de atención) y la sensibilidad vinculada con la empatía y una comprensión desde los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad. De nuevo estas competencias apuntan, desde mi punto de vista, al compromiso con la comunidad; así como, están alineadas con las condiciones éticas propuestas por Montero (2004).

En la literatura, Montero (2004) recoge las propuestas de varios/as autores/as en torno al quehacer del/de la psicólogo/a comunitario/a señalando lo que denomina las condiciones del profesional para trabajar desde esta disciplina, dividiéndolas en condiciones éticas y cualidades personales. Las éticas son: sensibilidad social y sentido de justicia social, respeto por el Otro, aceptación de la diversidad del Otro y de su derecho a ser igual a nosotros, no ocultar ni omitir información que pueda ser de utilidad para las personas con las cuales se trabaja. Las cualidades personales son: modestia para reconocer que no se conoce todo y se puede aprender, así como para valorar todos los aspectos cotidianos en el trabajo; además de:

...estar abiertos a la sorpresa, a la disidencia, a la contradicción, a la corrección y a la duda; saber escuchar y estar dispuestos a hacerlo; poner su conocimiento al servicio de las transformaciones necesitadas y deseadas por las personas con las cuales se va a trabajar. (Montero, 2004, p. 85)

Por su parte, Casa Moreno (2014) hace lo propio desde la psicología clínica, mencionando que, *“como característica principal en todas sus labores, el clínico debe saber escuchar, discernir y entender a todo aquel que le demanda algún tipo de ayuda o solicitud”* (p.11), lo cual le hace requerir de un entrenamiento en habilidades sociales para ser lo suficientemente asertivo en la relación de ayuda.

La autora rescata el hecho de que cada terapeuta más allá del enfoque que emplee colocará en la relación características particulares, las cuales constituyen el “Estilo Personal del Terapeuta” (Corbella et al., 2009 como se citó en Casas Moreno, 2014). Por último, muestra la apertura que ha de tener el/la clínico/a al trabajo

interdisciplinario para abordar de manera integral a las personas con las que trabaja.

A mi parecer, podríamos decir que los aspectos señalados para el/la clínico/a corresponden a condiciones éticas y cualidades personales como para el/la comunitario/a. No obstante, advierto como diferencia un carácter más dialógico en la perspectiva comunitaria apuntando hacia el respeto al otro, su diversidad y propiedad de igual en la relación; en la clínica se enfatiza en la relación de ayuda que le hace sensible al otro, pero no necesariamente desde una vinculación horizontal. Del mismo modo, el priorizar en la inclusión de lo social y lo individual, respectivamente plantea cierta distinción entre ambos.

Ahora bien, los contenidos mostrados en ambos casos guardan similitud con los tres aspectos mencionados por los/as colaboradores/as, integrando en ellos tanto la ética como las cualidades personales, en el sentido de que refieren al reconocimiento del otro en su contexto, en sus circunstancias particulares y en sus derechos, pero a la vez implica que el/la profesional sea capaz de flexibilizarse ante esas situaciones y ser capaz de comprender el contexto.

Me ha resultado interesante traer la revisión del quehacer desde el recorrido que hacen estas dos autoras desde las disciplinas originarias de la PCC, en tanto permite mirar los énfasis que podría colocar el/la pcc en su trabajo de acuerdo con su formación inicial y experiencia profesional previa. En todo caso, todo ello, puede adecuarse al pcc en el marco de lo que he venido planteando en este punto.

Considero, esto debe llevar a una habilidad central como lo es la reflexión y crítica permanente de su propio actuar y del actuar conjunto con quienes trabajan

consigo, a fin de identificar las tendencias propias y de los otros en el quehacer y en la relación, de manera que puedan juntos manejar dichas tendencias y adecuarse al contexto y momento en el que se encuentra el proceso.

En este sentido, vale la pena rescatar que el/la pcc colabora con el crecimiento de las personas valiéndose de su capacidad personal y terapéutica (Góis, 2012), es decir que está involucrado en ambas dimensiones en este proceso de vinculación con el otro. Aquí retomo la idea de Pezo del Pino et al. (2008), ya mostrada en el marco referencial, en la que comentan que cuando la subjetividad del problema es compartida se hace más difícil para el/la profesional cumplir su rol de “tercero” dado la carga emocional que ello significa.

Ante esta idea planteada por los/as autores/as, me preguntaría si desde una visión como la de la PCC alguna vez tenemos ese rol de “tercero”; me atrevo a asegurar que no, pues todos/as los/as actores/as estamos implicados/as, aunque a los/as pcc nos corresponda ocupar un lugar de facilitador/a. Coincido plenamente con que es un lugar complejo, por lo que exige auto-reflexión y co-reflexión constante, como señale líneas arriba.

Por otra parte, son múltiples los contenidos detallados por los/as distintos/as autores/as en el marco referencial respecto de este tema entre los que puedo sintetizar, por un lado: contención, escucha y facilitación de procesos intersubjetivos, promoción de un diálogo atento, respetuoso y sin prisa para que las personas encuentren el sentido de lo que viven (Pezo del Pino et al., 2008); sensibilidad personal, seriedad, sensatez, cuidado, inteligencia, experiencia, flexibilidad, creatividad y capacidad para

diagnosticar la demanda comunitaria con la mayor precisión para no equivocarse acciones (Cabrejos, 2008)

Por otro lado, los/as autores/as refieren a: inserción comunitaria, coherencia existencial, potencia personal, capacidad de vínculo, conocimiento técnico, manejo democrático del grupo, capacidad de apoyar y dar límite, fluidez verbal y didáctica (Góis, 2012); comprender los fenómenos que existen a su alrededor, mantener la mirada individual y enriquecerla con el contexto, poder incursionar en técnicas y en modos de relación, mantenerse abierto y crítico respecto de la forma cómo se actúa y de su incidencia dentro del proceso (Balda, 2006).

Después de esta síntesis, considero que las señaladas por los/as colaboradores son centrales e inclusive abarcadoras de la mayor parte de las anteriores; sin embargo, estimo pertinente sumar la precisión de Montero (2004) al indicar cuáles corresponden a la ética y cuáles a las cualidades personales y adicionalmente incorporaría lo concerniente a lo político, explicitando el posicionamiento que corresponde hacer al/a la pcc, relativo a su actuación respecto de los compromisos previos a los que han hecho mención los/as colaboradores/as en los puntos previos a este, tanto con la comunidad como con la academia y las políticas públicas.

En tal sentido, la crítica que hace Góis (2012) en relación con que el/la profesional no es un catalizador, me parece clave para entender esta dimensión en la cual el/la pcc no sólo potencia procesos de cambios en los otros, sino que en la relación también se impacta y se transforma; ello lo coloca en un lugar como actor social que de manera inevitable le posiciona con los otros y el entorno.

4.2.3. Impacto en la vida personal-profesional

Desde este lugar, el/la profesional necesariamente se ve impactado personalmente en el proceso, abandonando, la neutralidad. Sin embargo, se sigue dejando de lado este reporte personal cuando hablamos de nuestro quehacer (Goncalves-de Freitas, 2003). Valeria y una estudiante de PCC de la UCAB comunican el sentido que ha tenido la experiencia para ellas como practicantes en un servicio de PCC.

Valeria muestra lo difícil que ha sido dejar de ir a la comunidad y el aprendizaje que se lleva de la experiencia allí:

...me involucré muchísimo personalmente con la práctica, es algo que de hecho me cuesta no estar ahí [...], me cuesta desligarme así fácilmente de lo que allí ocurre [...]. Una preocupación genuina por lo que hice, por quienes conocí, por las cosas que yo estaba viendo que estaban en ese momento, le agarras muchísimo cariño a la gente [...] es una experiencia enriquecedora, que te llena muchísimo, y que al mismo tiempo también te mueve personalmente, porque lo que pasa es que yo no podía verlo, si algo le pasaba a quien yo estaba atendiendo, me angustiaba, porque te involucras mucho con el trabajo.
(Valeria, PE UCAB)

Para la estudiante de la UCAB se trató de ampliar la mirada desde lo personal:

...sensibilizarse, de que definitivamente va cambiando las cosas que uno ve, uno si no se sale de donde pueda llegar a atender [...] no tienes esa visión que de verdad en otras partes hay problemas que no parecen de este país, [...] cosas que uno no quiere saber a veces, que un niño vio un asesinato por ejemplo, entonces, es como que, me parece que se pone retos y te pone a pensar que

tienes que tener conciencia, de abrir la mirada, y de ver qué es lo que puedes hacer mientras estas aquí en el país, para ver cómo atender esas realidades.
(E, UCAB)

Valeria expone, otra cara de su vivencia:

en la experiencia de mi grupo, fue muy intensa, no sé por qué, pero fue horrible. Al principio no, nosotras éramos súper juntas, yo me acuerdo que participábamos full todas, nos organizábamos bien, nos sentíamos muy a gusto en el grupo, en algún momento dejó de ser así, y entonces había como ideas contrapuestas, y entonces se hacía más difícil ponernos de acuerdo. (Valeria, PE PUCP)

En este orden de ideas, Carlos plantea que se debe “*respetar que hay diferencias entre los miembros del equipo y que puede ayudar tener un área común y diferencias*” (Carlos, P). Considero que este es un elemento central sobre el cual vale la pena reflexionar cuando trabajamos desde este enfoque, ya que necesariamente el/la pcc actúa en relación con otros: la comunidad, los/as profesionales de nuestra propia área o de alguna otra, las organizaciones (civiles y estatales). Ello implica un diálogo y negociación continua para ajustar las diferencias e incluso dar forma a los acuerdos, pero en algunos casos, como el que expone Valeria se trata de una experiencia que va más allá de las diferencias y se convierte en conflicto, el cual produce afectaciones personales y grupales que inciden en las tareas que se realizan.

Las vivencias reportadas por estas dos colaboradoras se enfocan en cuatro aspectos principales: la vinculación con las personas de la comunidad, desde el afecto y la preocupación; la riqueza de la experiencia en tanto aprendizaje profesional y

personal; el conocer otras realidades diferentes a la propia y los conflictos en el equipo de trabajo.

Rescatando los diferentes puntos incluidos en el tema referido al lugar del/de la pcc, podemos identificar como este lugar ha estado atravesado por los compromisos que este profesional asume, principalmente con la comunidad, las competencias centrales a considerar en su quehacer y el modo cómo en su actuación puede verse impactado en este trabajo compartido tanto a nivel personal como profesional, lo cual se avizora como una tarea compleja, que requiere un proceso de reflexión crítica persistente en torno a este lugar, que nos reconfigura y problematiza constantemente. Al respecto, “un modo de deconstruirnos profesionalmente es empezar a desnaturalizar cotidianidades: identificar las tensiones que nos atraviesan parece ser al menos un camino posible” (Bang et al., 2020, p. 51-52).

Las siguientes palabras de Theidon (2004) en el marco de un estudio etnográfico/hermenéutico respecto de las vivencias de las personas en tono al CAI en el Perú, reflejan en gran parte lo que significa el compromiso de los/as profesionales, atravesado por el impacto en sus vidas:

De hecho, la intersubjetividad de las memorias aquí contadas -y la naturaleza dialógica del estudio y del texto- significa que cuando una se despierta por las mañanas, le resulta difícil discernir si las imágenes que llenaron sus sueños surgieron de su propia experiencia o de las experiencias narradas a lo largo de la investigación. No es necesariamente agradable vivir con el contenido de estas páginas. Sin embargo, es nuestra esperanza que sirvan como un aporte a la tarea más amplia que nos espera. Dicha tarea es la transformación de las estructuras

sociales y políticas que siguen reproduciendo la discriminación étnica, la marginalidad y el malestar. (p.39)

En este apartado se evidencia que, a pesar de la tendencia de la literatura a referir al rol de los/as profesionales, los/as colaboradores/as centran sus propuestas en torno al compromiso con la comunidad, el cual he logrado concentrar en un punto en el que se hace referencia directa a ello, pero este sigue siendo el eje articulador para plantear el compromiso con la academia y las políticas públicas y para describir sus experiencias y habilidades.

Ello resulta congruente con el hecho de que la comunidad es el actor primordial dentro de la relación en la PCC, pues justamente se busca potenciar la salud mental de dichas comunidades. Sin embargo, encuentro algunas diferencias entre los/as colaboradores/as, en tanto los/as egresados/as se explayan al referir a los compromisos con la academia y las políticas públicas, claro está que de nuevo ello se propone en función del reconocimiento de la cultura, necesidades y procesos de las comunidades.

De esta manera, podemos concluir que la comunidad es el eje central para el/la profesional dentro del lugar que ocupa en la PCC, en tanto es su co-actor principal y es a partir de la relación que establecen ambos como se van vinculando con otros entes como las organizaciones civiles y las del Estado, de modo que esta construcción conjunta pueda producir un conocimiento capaz de impactar en la academia y en el desarrollo de políticas públicas. Sin embargo, vale la pena acotar que, si no se tienen presentes los compromisos con estas dos entidades, puede verse afectado aquello que se quiere lograr para potenciar la salud mental en las comunidades, de tal manera, que

la incidencia en estos ámbitos se constituye en una apuesta ciudadana.

4.3. *Relación entre los/as Actores/as en el Marco de la PCC*

Hemos visto el lugar que los/as profesionales y las personas de la comunidad desempeñan en el marco de la PCC. Ahora bien, lo fundamental es el intercambio que se da entre todos estos/as actores/as y la acción conjunta que realizan, la cual tendrá variaciones y particularidades, como las que comunica Teresita:

...depende de las personas porque digamos que tienen como, no son niveles, pero como diferentes campos de acción, están desde el que ha decidido que lo que más puede contribuir y en lo que mejor puede trabajar es en la difusión[...] pero hay otros que te dicen, yo me hago cargo de algún proyecto, eso también nos ha pasado y otros que nos ayudan en los trabajos grupales a llevar las sesiones [...] sí, eso sería como ya un nivel donde ya diría yo que ya si estamos trabajando colaborativamente en lo clínico comunitario. (Teresita, A)

Como he planteado la idea de la labor conjunta es central en la PCC y para ello es importante entender el lugar de cada uno de los/as actores/as en el establecimiento del vínculo. En este sentido, un aspecto que no puede perderse de vista es que la forma como se ha concebido la ciencia hace que de manera inevitable en la socialización de las personas se atribuya un lugar de privilegio a los profesionales por la posesión de un conocimiento considerado superior, lo cual está instaurado en la cultura, tal como lo expone César:

En primer lugar, que tanto en la práctica privada clínica como en la práctica comunitaria hay un componente de poder del que uno debe ser consciente. Por más que promuevas una relación horizontal y esta sea real, hay una relación

asimétrica no sólo por dónde te pone el interlocutor, sino porque estás ahí para hacer un trabajo y eso ya marca una distancia que uno debe ser consciente para que no interfiera en la relación ni en la tarea. [...] Y esto hay que tenerlo claro en países como los nuestros donde hay liderazgos múltiples, culturalmente, pero además con historias de dominio tradicional. [...] entonces vengo de Lima, vengo de la Católica [se refiere a la PUCP] tengo que saber que para bien o para mal se me coloca en un lugar de poder. Sólo teniendo conciencia de ello se puede romper el prejuicio validado históricamente. [...] La tarea es transformar el poder que yo puedo tener en un poder benigno, y no en un poder maligno. (César, A)

Los comentarios que hacen algunas personas de la comunidad, cuando se les pregunta acerca del trabajo conjunto entre comunidad y profesionales refleja este desbalance de poder, pues, si bien se observa un vínculo positivo de confianza, se ve al/a la profesional como el/la que ayuda y que es necesario/a para la comunidad, a pesar de que en otros momentos (ya expuestos en el punto uno) pueden visualizar sus propios recursos.

Ahora bien, podríamos decir también que hay una transición en ese proceso de avanzar hacia el trabajo compartido, en tanto emplean la palabra apoyo, en algunos casos, lo cual implica asumir que el otro contribuye, pero no es el responsable principal, mostrando sus propias palabras: *Para mí y mi familia, lo hemos aprovechado, no te dan la espalda, te buscan ayudar, dar una orientación, te ayudan para desenvolverte*” (Alba, 65 años); *“para tener una buena salud mental hay que vernos con los psicólogos, evaluar cómo nos sentimos, hablar de los problemas que podamos tener y así, se mantendrá una mejor salud mental”* (Martina, C, 63 años).

Con apoyo, entre los mismos miembros y también trabajadores sociales, psicólogos, un equipo, la misma gente de la comunidad [...] por lo menos cuando haya miembros de la comunidad que no estén resolviendo bien las cosas, o dentro de una familia que haya un problema, que ese equipo pueda intervenir, por ejemplo, en una actividad comunitaria [...], que sean como un apoyo y ayudarlos a solucionar esos problemas si esa familia o esas personas de la comunidad no lo están resolviendo bien. (Iris, C, 30 años)

De esta manera, se debe tener en cuenta la existencia de relaciones de poder entre los/as profesionales y la comunidad, siendo un elemento sobre el cual hay que trabajar dado las eventuales contradicciones entre lo que se enuncia y lo que se hace.

Al respecto, Marcela comenta:

...la ley de salud mental nuestra es muy clara, todo el tema del lugar de las palabras de los usuarios, aunque en la práctica no se hace, una persona con esquizofrenia no es escuchada en igualdad de condiciones que un profesional. (Marcela, A)

Ello debe apuntar hacia manejar este desbalance de poder en tanto la PCC busca la horizontalidad:

Yo creo que en el fondo de todo esto es lo del paradigma, ya no hay una jerarquía que uno coloca como de profesional al paciente, sino que se consideran a ambos como agentes de un mismo proceso, pero son agentes diferenciados, el agente externo e interno, pero coloca una relación diferente, no de jerarquía sino es más horizontal, entonces al tener la relación más horizontal, te da apertura a mayor flexibilidad, creo que en el fondo está eso. (E, UCAB)

Por su parte, Teresita señala el otro lado de la relación de poder en la cual la participación del/de la profesional en toma decisiones depende de las personas de la comunidad:

Yo me imagino una relación en donde lo primero que tienes que hacer tú es insertarte en esa comunidad y tú estar junto con ellos y no tanto acompañarlos en algo; entonces esto implica que la mayoría de los procesos de tomas de decisiones ni siquiera son tuyos, sino que son tomados por otras personas en donde tú, en la medida que ellos lo consideren, estarás o no estarás y en qué medida estarás. (Teresita, A)

Lo comunitario es un poco más expuesto [...] no va a depender de lo que tú llesves montado, no va a depender de lo que tú tengas en la cabeza como que tan cuadrado, sino que va surgiendo de las mismas personas, de esos integrantes de esa comunidad, del contexto, y las cosas van pasando en vivo, tú no vas a maquillar nada, no tienes ningún tipo de mascarita, como que llegó el paciente y tú ahí de lo más correcto sentada, le haces como que su señalamiento, haces como el trabajo de transferencia y la famosa contratransferencia, y el paciente se va quedando sabiendo qué es lo que él va a hacer y qué es lo que tú vas a hacer; pero lo comunitario no, son cosas muy sorpresa, tú llegas y de repente ocurre algo en la comunidad [...] hasta que llega justamente un punto en que todo se va como quedando, y las cosas van surgiendo, y tú tienes que llevar varios planes, cada encuentro, cada cosa, o sea es todo, yo lo veo como imprevisto todo. (E, UCAB)

Para César:

Lo que hay que tener claro es que el mundo de afuera está adentro. [...] es que en la cabeza de cada uno hay una manera de ver las cosas y en base a esa manera de ver la relación es que yo me vinculo con los demás, esas cosas salen

en la comunidad, y ese otro registro es parte de lo que tiene que hacer un psicólogo en la comunidad, sea clínico o no sea clínico, sea social, sea clínicamente comunitario. (César, A)

Siguiendo con esta idea planteada por César, hay un elemento adicional en esta forma de cómo nos vinculamos con el otro, que hace que a veces sea más marcada esta relación desigual entre psicólogos/as y personas de las comunidades, pues tal como lo plantea Teresita:

Para empezar el psicólogo no entra en la mentalidad de las personas como alguien con el que hay que acudir, porque culturalmente uno no va hablar con un psicólogo, o no resuelve sus problemas, o no requiere de un psicólogo, no es un profesional que entre dentro de su estructura cultural. (Teresita, A)

Desde ese lugar, que socialmente se ha asignado a los/as psicólogos/as, emergen determinados retos, compromisos y acciones que corresponde incorporar a los/as pcc en su relación con las personas de la comunidad a fin de ir construyendo una relación más horizontal para el trabajo conjunto.

En este sentido, Javier considera que es importante acercarse a la población con la que se trabaja a través de vivir los aspectos cotidianos del lugar: *“cuando empecé a hacer el internado me inmiscuí en esa población porque me iba a venir acá, entonces yo dije, si voy hacer un buen trabajo tengo que estar viviendo lo común de la zona”* (Javier, P). Esto permite conocer los malestares en torno a la salud mental propios del lugar y dar un apoyo adecuado.

Es así como en el trabajo con la comunidad hay un vínculo con las personas, en tanto particularidades, y con el grupo como conjunto (César, A). Así, Javier valora el hecho de “*ser muy sociable e intentar encontrar a las personas fuera del consultorio [...], siempre tiene que haber un nivel de confianza entre paciente y psicólogo*” (Javier, P), y esto cambia la perspectiva tanto del propio psicólogo/a como de las personas que a veces no quieren acercarse al servicio:

A veces vienen pacientes míos a consulta que uno se encuentra y me pongo a conversar un poco con ellos, a veces cuentan unas cosas que en consulta no me contaron y me las cuentan ahí. A veces me los encuentro con el esposo, que a lo mejor no querían venir a consulta y me encuentro con ellos y con él ahí y me pongo a conversar. Entonces no solamente recabo información, sino también cambiar la perspectiva de la persona que no quería venir, porque este psicólogo aquí se nota que es muy conversador, se nota que puedo confiar en él. Me sorprende a veces que gracias a esa conversación a veces vienen personas que aparentaban no venir, o que no quería venir, entonces eso para mí es muy acertado, muy importante en lo que es la atención clínica y también la comunitaria. (Javier, P)

De esta manera, Javier da un sentido más comunitario a la relación con sus “pacientes”, trascendiendo el espacio del consultorio y haciendo seguimiento a las situaciones en los espacios cotidianos (la calle, el transporte público), preguntándole cómo le ha ido con las situaciones que afrontaba y recordándole que “*si hay nuevos problemas ya sabes dónde ubicarme*” (Javier, P):

Yo estoy disponible a quien necesite de mí durante el tiempo que necesite, hay veces en las que converso con el paciente y le digo que me llame y de repente

algunos están pasando por una depresión, entonces “oye llámame en el momento en el que tú lo necesites” y me suelen llamar, aunque sean 15 minutos, 10 minutos, de acuerdo a mi disponibilidad converso con ellos, a veces no contesto y les devuelvo la llamada. (Javier, P)

Más allá de este acierto que implica ir estableciendo formas de acercamiento más humanas, más horizontales, estimo que se trata de someter a juicio nuestras propias teorías y conocimientos contrastándola con la realidad y con el apoyo de las personas de la comunidad con las cuales trabajamos, es decir, ir deconstruyendo nuestro saber para atrevernos a construir comprensiones y estrategias acordes a las situaciones en las que nos encontramos y a las necesidades de las personas. Valeria, lo explica de la mejor manera:

Tengo la teoría y veo lo que pasa en la práctica, entonces todo el tiempo tienes que estar, esto es lo que yo creo que debe ser según lo que de algún modo me han enseñado, pero estoy viendo que está pasando esto, esto y esto; entonces cómo creo que puedo, para brindarle una mejor, para ajustarme más a lo que está pasando, qué puedo inventar, qué puedo sugerir distinto; ir como probando y eso pasa por todo, desde el paradigma, no solo el súper médico que te va a dar todo, sino entre los dos vamos a ver qué pasa y creo que eso es fundamental, porque al final estás buscando que la otra persona se fortalezca. (Valeria, PE UCAB)

Desde la PCC se pretende realizar un trabajo conjunto entre los/as profesionales y las personas de la comunidad, estableciendo una relación de carácter horizontal. Para ello es necesario problematizar y desnaturalizar los lugares que se nos ha asignado

socialmente, en los cuales existe un desbalance de poder en el que se asigna usualmente el lugar del saber a los/as profesionales y ambas partes lo admiten como tal.

De esta manera, se hace necesario plantear nuevas formas de relación que implican romper con las estrategias y espacios convencionales de encuentro, en el que se reconozca el saber de cada actor y se tomen las decisiones de manera conjunta, lo cual requiere su tiempo, en el que ambas partes se reconozcan en esta forma de relación, pues no es sencillo que los/as psicólogos/as nos desliguemos de esa imagen de ser “quien atiende a los locos”, “quien adivina el pensamiento de los demás y por eso siempre está observando”. Y en este intercambio ambos se transforman.

4.3.1. Capacitación como modo de potenciación del trabajo comunitario

Tal como exponen varios de los/as profesionales entrevistados/as una de las actividades que más desarrollan en la comunidad son las capacitaciones, en especial a los/as promotores/as comunitarios/as de salud. Desde mi punto de vista, esta actividad puede ser vista como una forma de mantener el desequilibrio de poder o más bien como un proceso de aprendizaje mutuo, dependiendo si se considera como un espacio de transmisión de conocimiento del profesional desde el lugar de poder al que referí en el punto anterior o si más bien se trata de una actividad de intercambio de conocimientos y experiencias que dan lugar a una construcción conjunta.

De esta manera, no podemos referirnos a la capacitación sin antes cuestionar el formato de la misma, en tanto es básicamente una actividad relacional, que puede

estructurarse de manera vertical u horizontal y, en ese sentido, generar dependencia o potenciar los recursos de las personas.

Estas capacitaciones según comenta Tesania, desde su experiencia pueden incluir a la mayor parte de la población, con distintos roles, sobre todo los/as promotores/as de salud e incluyendo a aquellos que también están encargados de capacitar, es decir, *“a todos aquellos que tenían una función en el cuidado, que era la mitad de la población”* (Tesania, A). Ello se convierte entonces en una forma de involucrar a gran parte de la población y generar la difusión y construcción del conocimiento a gran escala, en diversas áreas y a distintos niveles.

En el caso de los/as promotores/as implica un proceso de multiplicación para que trabajen, de manera grupal, con otras personas que comparten problemáticas. Esta formación puede hacerse para niños/as, adolescentes, mujeres (Teresita, A). Se trata de que los/as promotores/as puedan dar charlas; aplicar cuestionarios, visiten a las familias y hagan reportes identificando determinados problemas para ver la solución, detectar casos de urgencia, los índices de mejoría de los casos y el registro del número de visitas realizadas. *“Si cada centro comunitario hace su trabajo en su centro poblado, avanzaríamos un montón”* (Javier, P).

Cada comunidad tendrá necesidades de capacitación particulares para sus promotores/as acorde a las problemáticas de la zona, Javier precisa que en su zona los temas más importantes son: pautas para la familia en la prevención de la violencia, solución de conflictos, pautas para padres en relación a la vida adolescente (conductas adecuadas e inadecuadas en la etapa adolescente). No obstante, estas temáticas son

frecuentes en muchas comunidades, y cómo podemos observar estas van de la mano con las principales problemáticas que corresponde atender a la PCC, según hemos visto en apartados antecedentes.

En el caso de Karina algunas de sus capacitaciones se dieron desde la realización del diagnóstico participativo en la comunidad, la priorización de las problemáticas y el seguimiento a las promotoras en su labor, en las que ellas van realizando un registro en una bitácora y luego son revisados con la psicóloga, al estilo de supervisión de casos, de esta manera se acompaña el trabajo que realizan las promotoras.

De este modo, este proceso de capacitación busca fortalecer el lugar de las agentes comunitarias, convirtiéndose en un recurso para la comunidad, capaz de hacer una detección de una problemática y brindar un primer apoyo a las personas, por ejemplo, a las víctimas de violencia de género, como se expone en la siguiente cita:

Lo que nosotros queríamos es que ellas [promotoras] fueran un recurso para la comunidad y al fortalecer su lugar como agentes comunitarios, fortalecieran sus rasgos. Si veían a una persona con algún problema de violencia o problemas de relación con sus hijos, estas agentes comunitarias pudieran ser personas calificadas que pudieran ayudar a resolver pequeños o grandes problemas al informar, confrontar al marido, o de facilitar las consultas que pudieran tener esas personas de la comunidad con el equipo clínico, entonces el equipo clínico recibía una noticia de que en tal lugar había una persona que tenía una enfermedad mental y que estaba teniendo una psicosis, entonces facilitaban la medicación, entonces estas personas llevaban al clínico para

poder tener el trabajo social para que pudieran tener entrevista domiciliaria y conversar con la familia a ver qué estaba pasando. (Karina, P)

Koh Yah y Castillo León (2014) plantean como en una experiencia de trabajo colaborativo con mujeres las capacitaciones se convirtieron en un espacio de encuentro, en el que confluían conversaciones y talleres en el que se fue modificando la estructura para hacerlo más horizontal.

La participación de las mujeres fue más activa y crítica en la toma de decisiones acerca de cómo organizarse y con qué propósitos. Además, expresaron una visión más abierta e integradora acerca del papel del psicólogo, no como profesional clínico de la salud mental exclusivamente sino como un co-partícipe en la acción comunitaria. (Koh Yah y Castillo León, 2014, p.127)

4.3.2. Construcción conjunta

Desde la epistemología planteada en la PCC, el conocimiento y la labor es conjunta, en la práctica ello supone algunos retos y tropiezos producto de las relaciones jerárquicas y desiguales producidas en nuestra sociedad. En este sentido, considero que, la noción de diversidad nos puede ayudar a abrir nuevas alternativas de vinculación, teniendo claridad de las diferencias de lugares, intereses y necesidades que podemos tener personas de la comunidad y pcc, a la vez que validando los puntos en común en la motivación para la realización del trabajo comunitario que es lo que permite el encuentro entre los/as actores/as involucrados/as. Los/as colaboradores/as exponen distintas ideas de cómo es posible generar ese trabajo conjunto, así como algunas dificultades que se presentan para ello.

En esta línea, Pedro deja claro que los discursos de la comunidad y los profesionales no son equiparables en tanto que resuelven cosas diferentes, acorde a sus propias competencias:

Hay un montón de cosas que los mediadores comunitarios pueden hacer mejor que un psicólogo. Igual creo que hay un montón de intervenciones donde la comunidad resuelve un montón de situaciones mejor de cómo lo podríamos resolver muchos psicólogos, pero hay una serie de temas donde la comunidad o los mediadores comunitarios no van a poder lidiar con ciertas dificultades mejor de lo que podría hacer un psicólogo bien formado, un psiquiatra bien formado, un antropólogo, un sociólogo u otra figura. Cuando nosotros convertimos esto como que simplemente en un espacio donde hay como una alteridad de discursos, ponemos en peligro al pensar que sus discursos son perfectamente equiparables y no es cierto son discursos distintos que tienen diferentes focos de competencia que resuelven cosas de manera diferentes. (Pedro, A)

El lugar a lo mejor de la comunidad era como guiar al psicólogo, a tratar de captar como los elementos problemáticos, y el psicólogo, visibilizar cosas que la comunidad a lo mejor, no ve por sí misma, por también los conocimientos que uno tiene de los procesos, entonces es como eso, un trabajo continuo y mutuo de vida, entre el psicólogo y la comunidad. (E, UCAB)

Sin embargo, apostar por la construcción conjunta implica, “*manejar las frustraciones, porque a veces uno tiene expectativas de que quiere hacer tales cosas y que a veces no se cumple, porque el proceso es algo mutuo*” (E, UCAB).

Dado que no es tarea sencilla, a mi modo de ver, lo que posibilita el trabajo conjunto, es la idea de la inclusión de las perspectivas de todos/as los/as actores/as:

“Hay un problema, pensémoslo entre todos y démosle una solución” (Marcela, A), pues “no se capitaliza las redes, el horizonte de trabajo. Trabajar con la propia comunidad [...] para que organice sus modos de tratar el sufrimiento, el dolor de las personas que viven ahí” (Marcela, A).

Creo que hay un tema de participación, de identificación de las necesidades, de las dificultades o fallas, no sé cómo llamarlo, que pueden existir en el tema de salud mental, creo que es más de identificación y participación por parte de la comunidad para vincularse y buscar soluciones posibles para mejorar la salud mental con la ayuda del psicólogo. (E, UCAB)

Como que el profesional propicia el espacio para que eso se hable, y ellos son los que le ponen nombre, y lo chévere de que sea en comunidad y de que sea en grupo, es que todos deben ponerle nombre, qué es lo que le aqueja al otro que en verdad no entiende muy bien, el otro lo plantea de cierta manera, y ya se le pone nombre y se le entiende de cierta forma, y creo que ese es el aporte del grupo, este es el problema y entre todos comprendemos. (E, UCAB)

No era solamente el hecho de estar nosotros ahí, sino estar también la comunidad, ese apoyo que ellos tenían entre ellos, el estar compartiendo justamente con las experiencias ahí, realmente trabajando diferentes temas, y, además, era un trabajo que se veía efectividad. (E, UCAB)

Lograr este intercambio, implica que los profesionales nos acerquemos a espacios cotidianos de la comunidad, rompiendo la estructura clásica del consultorio y fomentar que las personas tengan su propio proyecto de vida, no en lo que le parezca a uno más saludable, “normal”:

Vayamos nosotros a la escuela, trabajemos con los maestros, trabajemos en el

aula, en el centro de salud, hagamos un espacio de juego, empezar a pensar con esa lógica. Correrse de la respuesta que te intenta pedir que vos te encierres en el consultorio y que aparte rectifiques que hay algo malo en esa persona [...] Y entonces yo digo, bueno puede ser que esa persona, ese niño, niña, adolescente, persona mayor esté sufriendo pero yo no asumo que hay algo mal en ella, asumo que haya un espacio para que algo de esto se pueda pensar y conversemos con otras personas, con los padres, hagamos un taller de padres, hagamos el tema de límites, falta trabajar con los límites. (Marcela, A)

Carlos nos comenta como en uno de sus proyectos “*hubo que trabajar para entender qué estaba sucediendo y se generó un par de talleres tanto con los psicólogos que trabajan con los niños como con las promotoras para tratar de integrar*” (Carlos, A), actividades como estas pueden contribuir a propiciar espacios de reflexión y comprensión en conjunto.

Eres tú con la comunidad quienes definen cuáles son los temas, cuáles son las frustraciones [...] qué queremos saber de esto, la misma población encuentra sus propias funciones y lo que requiere simplemente es alguien que ayude al proceso y que la misma comunidad descubra. (César, A)

Para Agustín, se busca que las personas dirijan su propio proceso y los profesionales los lleven a la meta:

Creo yo que la participación tiene que ver en el plano individual tanto como en el colectivo, el grupal. Eso es como nosotros no somos alguien que dirige tanto, que igual dirigimos, aunque no se note, pero sí para que la persona se ponga en actividad, incentive, la gente sienta la posibilidad de que puede participar y así dirigir su propio proceso, a pesar de que en el fondo también

estás llevando una meta proceso para que esa persona conduzca su proceso, pero no de una manera invasiva. (Agustín, A)

Si bien, como plantea Agustín, no hay una intención de intromisión ni de mala intención de parte del/de la profesional puesto que se desea potenciar a las personas, pienso es importante estar alerta a nuestros propios discursos, en tanto el suponer que no estamos dirigiendo cuando sí lo estamos haciendo o el plantear que nosotros tenemos una meta hasta la cual llevar a las personas, puede alejarnos de la búsqueda de realizar un trabajo conjunto desde una perspectiva horizontal.

La base de la PCC está en lo relacional por lo cual se hace perentorio plantear de qué manera lograr el trabajo conjunto entre los/as diferentes actores/as involucrados/as; para ello, es primordial conocer el lugar de los dos tipos de actores/as principales involucrados/as en ella (la comunidad y los/as pcc) y cómo se percibe cada uno dentro de la relación y cómo percibe al otro, lo cual ha sido expresado por los/as colaboradores/as del estudio en este apartado.

En este sentido, llama la atención cómo la literatura abunda en entender las características y el quehacer del/de la pcc, haciendo poca o ninguna mención al quehacer de la comunidad, aunque ontológicamente la concibe como agente de cambio de su propia realidad. En este texto, a modo de llenar este vacío, he incluido la mirada de las personas de la comunidad y a los diferentes tipos de actores/as participantes de este estudio he consultado acerca del lugar de sí mismo y del otro en el marco de la PCC. De hecho, hay más información del lugar de la comunidad, lo cual no ha sido intencional, sino que los/as colaboradores/as han tenido la oportunidad de conversar

acerca de ello abundando al respecto, siendo los/as estudiantes y egresados/as quienes han aportado gran cantidad de contenido a sobre este tema.

Adicionalmente, es interesante como en el caso del lugar de la comunidad el punto de partida son los recursos y no las necesidades, que, como lo han planteado ellos mismos, les han permitido sobreponerse a las adversidades, teniendo una mirada colectiva de su proceso. Si bien la dimensión ontológica del paradigma de la construcción y transformación crítica propone esto, resulta importante que las propias personas de la comunidad y los/as otros/as actores/as vinculados a la PCC lo dejen claro en sus discursos y en especial, evidenciándose desde su experiencia y praxis.

Se trata, entonces, de entender ambos lugares y de problematizar los roles estatuidos para profesionales y comunidad, que como he comentado antes supone un desequilibrio en la relación. Para ello resulta útil rescatar la noción de rol asignado propuesto por Braunstein et al. (1975 como se citó en Bang et al., 2020) en el marco de la diferenciación de roles en la construcción de identidad en la psicología.

[Este rol] estaría dado por prácticas asignadas y esperadas socialmente, construido socio-históricamente, un rol que sería introyectado tempranamente o a lo largo de nuestra formación profesional y que opera constantemente para generar, sostener o transformar la identidad profesional en los espacios institucionales de trabajo. Si bien se trata de un rol introyectado y generalmente naturalizado, tiene la posibilidad de ser desenmascarado, para así poder asumir la decisión de aceptarlo o rechazarlo. El punto interesante es que el autor plantea que se trata de una decisión, cuya naturaleza es política e ideológica, no teórica. Es a partir de la decisión de no aceptar este rol asignado que se abre la posibilidad de una praxis diferente. (Bang et al., 2020, p. 59)

A mi modo de ver, esta noción de rol asignado puede aplicarse también a las personas de la comunidad; en ese sentido, implica que hay elementos introyectados y naturalizados, pero posibles de problematizar. La desnaturalización de ambos roles y de la relación asimétrica se convierte, a mi parecer, en un reto central para la PCC.

Finalmente, recupero las nociones de cuidado y compromiso que han sido mencionadas en otro momento en este trabajo, en esta oportunidad para potenciar este proceso de construcción conjunta y de relación horizontal planteado para la PCC entre las personas de la comunidad y los/as profesionales; se trata de las nociones de compromiso y cuidado.

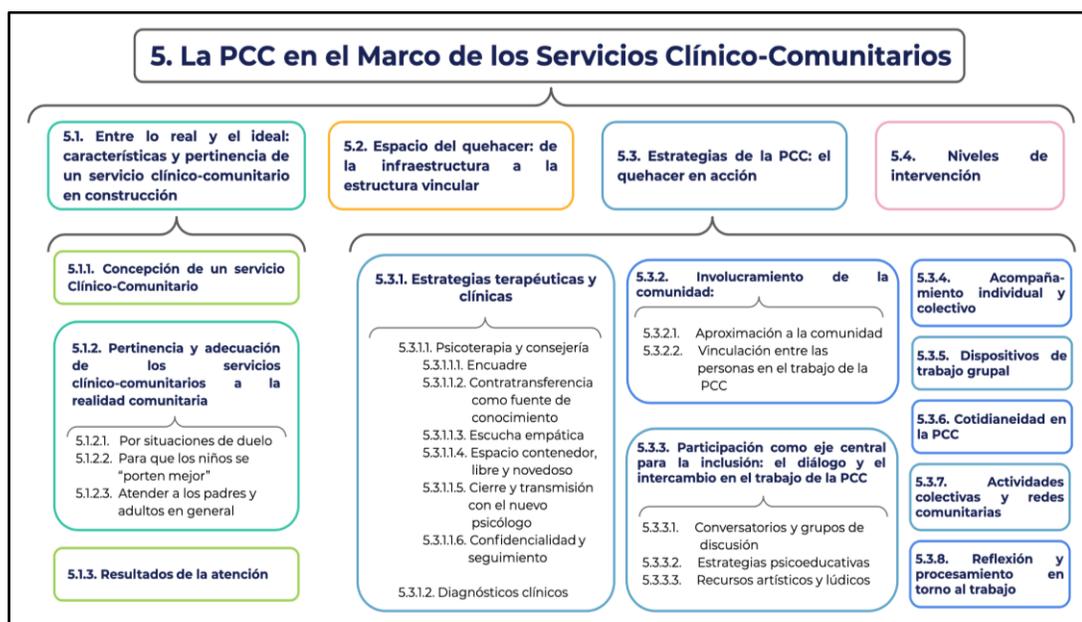
Por un lado, se debe asumir el compromiso como un proceso mutuo en el que ambos tipos de actores (comunidad y pcc) tienen la misma responsabilidad en la relación respecto de su vinculación con el otro y el establecimiento de este trabajo conjunto. Por otro lado, desde esa concepción del compromiso aparece la idea del cuidado como una forma de reconocer al otro y procurar su bienestar, a la vez que, buscando proteger la relación existente.

Esta noción del cuidado no excluye la idea del cuidador comunitario (Góis, 2012) ni la del cuidado de los equipos (Pezo del Pino et al., 2008), pero las trasciende al espacio de la relación entre ambos y no las deja al interno de cada tipo de actor. De esta forma, el compromiso y el cuidado son los garantes de que la relación se sostenga en el tiempo potenciando los recursos y enfrentando las dificultades a fin de alcanzar las metas conjuntas.

5. La PCC en el Marco de los Servicios Clínico-Comunitarios

Figura 6

Relación entre el tema “La PCC en el Marco de los Servicios Clínico-Comunitarios” y sus subcategorías



La PCC, además de una construcción teórica-académica, es una perspectiva que permite trabajar con la salud mental de las comunidades y todo lo que ello implica desde una mirada integral, lo cual puede evidenciarse de manera más concreta a través de los servicios que se ofrecen en este campo.

Como se ha discutido en el tema 3 los términos salud y salud mental a veces se emplean de manera sinónima, por lo cual debo aclarar cómo se presentará en este apartado. Me referiré a salud mental, de manera general, y salud integral para enfatizar

la condición no parcelada de la salud. Mantendré la forma que utilicen los/as colaboradores/as cuando los/as cite.

Es importante aclarar que usualmente no existen servicios exclusivos de PCC, sino que sus representantes forman parte de centros de salud o centros comunitarios, bajo cualquiera de las denominaciones que puedan tener. De esta manera, los/as colaboradores/as hablan desde su vivencia vinculada a cualquiera de estos servicios.

Ahora bien, dado que la discusión generada con los/as participantes se ha dado enmarcada en la PCC, me referiré a servicios clínico-comunitarios (SCC) para dar cuenta de las modalidades de trabajo abordadas desde esta perspectiva y aquellas que se considera se deben incorporar.

5.1. Entre lo Real y el Ideal: Características y Pertinencia de un Servicio Clínico-Comunitario en Construcción

5.1.1. Concepción de un servicio clínico-comunitario

La generación de posturas alternativas a la patologización y la institucionalización que permitan atender el sufrimiento y generar el bienestar en las comunidades es una preocupación que se ha venido gestando en diferentes contextos de América Latina desde hace décadas. Ante ello Agustín sugiere que: “*el clínico comunitario debe descentrarse de la noción hospitalocéntrica o de que la gente tiene que ir, transitar hacia el dispositivo, sino que el dispositivo tiene que salir al territorio*” (Agustín, A).

En este sentido, la noción de la desmanicomialización es mencionada por Tesania como un “*principio básico*”, que aún no se logra en el Perú totalmente, de la misma manera como ocurre en la mayoría de los países latinoamericanos. Desde mi perspectiva, es un dispositivo clave para pensar la salud mental con una mirada distinta, incorporando la comunidad como espacio central para el trabajo con dicha salud mental, ya sea desde una mirada de promoción de bienestar y buen vivir como para favorecer la recuperación de personas afectadas y acompañar el sufrimiento. En esta línea, Marcela comenta:

Se piensan los procesos de reforma desde lógicas institucionales que no son comunitarias. Entonces decimos cerramos los manicomios y armamos un montón de dispositivos, pero eso tiene que ser una transición que, digamos, algún día no tendríamos que tener un manicomio, ni dispositivos intermedios porque realmente vamos a poder elaborar en la comunidad y que la gente nunca pierda sus vínculos, sus redes, sus espacios de inserción. (Marcela, A)

Al respecto, algunos/as autores/as aprecian que se han ampliado los escenarios desde la comunidad hasta servicios especializados, antes solo eran los hospitales psiquiátricos (Bustamante en Pezo del Pino et al., 2008); ahora pueden apreciarse intervenciones en salud mental en el ámbito de las comunidades y en contextos muchas veces adversos, fuera del consultorio y las instituciones de salud (Pezo del Pino et al., 2008). No se trata de que los SCC se conviertan en servicios clínicos especializados que, ya existen y son insuficientes sin alcanzar a las personas que viven en condición de pobreza (Montero, 2010).

Es ineludible seguir avanzando en el fortalecimiento de las redes comunitarias como contenedoras, acompañantes y generadoras de potencialidades de las personas con afectaciones en salud mental, en lugar de mantener la idea de las instituciones cerradas. Es en ese entramado comunitario donde se integran los/as profesionales interesados en contribuir en este proceso de construcción colectiva.

En concordancia con ello, Marcela expone la necesidad de repensar la salud a pesar de la formación clásica que hemos tenido en este ámbito:

Lo que logramos es acercar un poquito más a la comunidad el consultorio en términos de espacio geográfico pero no del cambio del enfoque y del pensar el cómo desde el equipo de salud trabajamos en la organización de la comunidad [...] Quizás algunos procesos que acompañan otros, pensar la salud desde otro lugar y la salud mental de otro lugar tendrían que generarse en otros espacios, escuelas, en el barrio, espacios más colectivos [...] que no los puedo pensar en salud porque salud estamos, venimos tan formateados y tan atravesados por el modelo médico; la salud pública no logra imponerse como una mirada poblacional, colectiva en Argentina. (Marcela, A)

En el mismo contexto de la Argentina, el estudio de Bang et al. (2020) con psicólogas e investigadoras que laboran en el nivel de APS, identificaron como obstáculo para hacer una atención integral en SM, las tensiones que les generan las lógicas diferenciadas y en ocasiones contrapuestas entre “una clínica individual, especializada, mayormente psicoanalítica-asistencial, por un lado, y dispositivos comunitarios o grupales por el otro” (p.50), lo cual se acompaña de largas listas de espera, control de hora por consulta y supervisiones de casos individuales.

Esta lógica binaria del modelo biomédico no es particular a la Argentina, sino que puede evidenciarse en distintos países, como queda claro en los comentarios de colaboradores/as y referencias a la literatura ya mencionados en apartados precedentes.

Pequeñas prácticas como la que expone Valeria contribuyen a esta puesta en práctica de otras formas de realizar el trabajo de salud mental: *“Pero lo que siempre hago, que eso sí lo he mantenido desde hace casi 3 años, es ir a casa de una familia, voy toda la semana, estoy allá 4 horas, entonces para mí es como un clínico comunitario”* (Valeria, PE UCAB).

Para Tesania:

La idea de un centro comunitario no es para pacientes que tengan una enfermedad, sino es un espacio de intercambio social, [...] donde los jóvenes puedan ir a jugar, donde puedan recibir talleres de promoción y prevención, y que no vaya alguien que esté enfermo sino que interactúe alguien que necesita con alguien que no necesita, que tenga un espacio de desarrollo social, que sea un espacio de desarrollo comunitario, que sea como una casa social de la comunidad para la juventud y la vejez y que todo el mundo se sienta reconocido ahí, pero en nuestro país todavía necesita configurarlo. (Tesania, A)

Las personas de la comunidad entrevistadas coinciden al apreciar que el centro comunitario debe incluir a personas de todas las edades. *“...uno donde de repente llegan diferentes tipos de atenciones, para niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, y también tener el apoyo de distintos profesionales”* (Javier, P).

Por otro lado, la inclusión de lo relacional o vincular es planteada por varios de los/as profesionales participantes, lo cual les da a estos servicios un carácter psicosocial

que implica un mayor énfasis en lo grupal, porque “ahí [en la comunidad] la interacción es mucho más fuerte [...] cuando estás en la comunidad la interacción es mucho más importante” (César, A).

Yo creo que pensar en términos de vínculo y de lazo social, no sé si llamarlo lazo [...] a veces uno piensa en términos individuales o subjetivos, pero si no lo piensas [...] en la persona y la relación y en las más cercanas, pero también en su comunidad, en sus contextos donde circula su vida cotidiana. Aun pensando en el trastorno mental más severo digamos, sino piensas qué pasa con la persona y su familia, con la persona, con sus vecinos, cómo sostiene el trabajo, pero siempre en algo de su relación, de los vínculos, y hay vínculos que ayudan a uno a ser un poquito más feliz. (Marcela, A)

Esto Agustín lo incluye dentro del enfoque psicosocial al cual considera indispensable. Este enfoque es compartido y entendido por Carlos como:

...una perspectiva que nos permite analizar diferentes aspectos que de otro modo no nos parecería, por ejemplo, nos permite ver cómo están las relaciones de poder entre las diferentes instancias que constituyen una comunidad, o sea el estado, el hogar, la familia, las relaciones entre vecinos, cómo las relaciones de poder se establecen en relaciones de violencia y de emergencia de situaciones de violencia. Para nosotros es importante tener esa mirada general, para a partir de ahí instrumentalizar el siguiente paso que es saber cómo será la intervención comunitaria o si es una intervención clínica o una intervención más a abordar un aspecto determinado. (Carlos, P)

Esta visión, a su vez, requiere la articulación con otros/as actores/as y sectores, tal como lo precisa Karina (P): “yo sé que yo sola no podría hacer el trabajo, entonces

sé que necesariamente tengo que articular con los sectores que están alrededor” y ello permite, a su vez, la sostenibilidad, dando la posibilidad de ir articulando los proyectos para transferirlo a los/as actores/as de la propia localidad y lograr incidencia en los sectores del Estado:

...porque es cierto que cuando uno transfiere un conocimiento de alguna manera estás garantizando la sostenibilidad, pero es una sostenibilidad que podría no ser duradera, y cuando trabajas con gente tan precaria con mayor razón, porque ellas necesitan conseguir los recursos para que sus hijos coman cada día, pero tampoco pueden insertarse en procesos de capacitación muy largos. [...] Entonces yo siento que el trabajo a lo largo del tiempo ayuda, entonces y lo que nosotros hacemos ahora en nuestros proyectos también es enlazar uno con otro, vemos como con otro proyecto podemos consolidar lo que existe en el otro, aquí nosotros ya pensamos luego de esto en como transferimos, quien va a asumir esto [...] Por otro lado, hacemos trabajos de incidencia con instituciones para poder ver que aquello que se hace se pueda transformar en una normativa que haga que los sectores del Estado puedan atender eso que nosotros estamos inicialmente atendiendo. (Karina, P)

Esta mirada de la articulación queda clara en la experiencia de Chinca-Perú, en la que Javier comenta como fue clave el apoyo de la municipalidad y serenazgo⁴ para realizar los traslados y hacer la convocatoria previa, el mismo jefe de serenazgo “*iba, contactaba con la junta vecinal y entregaba un documento de parte nuestra, tal día vamos a ir, tal hora él se encargaba de convocar a la población*” (Javier, P). De igual manera, los reportes del gobernador, de seguridad ciudadana, de la policía aportaban para el diagnóstico.

En la misma línea de la articulación, pero en este caso al interno de los equipos, Marcela rescata la idea del trabajo interdisciplinario como un elemento ineludible para este tipo de perspectivas, lo cual ha sido señalado con igual significancia en la literatura (Bang et al., 2020; Góis, 2012; Montero, 2010; Morandé Dattwyler, 2015; Pérez y Wurst, 2013; Pezo del Pino et al., 2008; Rivera y Velázquez, 2017; Rodríguez, 2010). En este caso, incorporando a actores/as no habituales en esta mención de la interdisciplinariedad:

Yo he aprendido mucho de trabajar con terapistas ocupacionales, con enfermeras, trabajadoras sociales, psiquiatras, médicos y la figura que llevamos no convencionales de escuchar talleristas, la propia comunidad y lo que tienen para decir de lo que pasa, de lo que necesita, de lo que sirve. (Marcela, A)

Para Carlos la presencia de profesionales de diferentes disciplinas permite que el trabajo pueda realizarse en distintos niveles y áreas, todas importantes desde un enfoque psicosocial,

Lo complicado muchas veces es articular los discursos, porque pues aquí hay un abogado que habla de leyes y tienes a un comunicador, [...] tiene que haber un eje articulador de qué cosas se pueden hacer, qué cosas no se puede hacer y un discurso que pueda ayudar a entendernos. (Carlos, A)

5.1.2. Pertinencia y adecuación de los servicios clínico-comunitarios a la realidad comunitaria

En un sentido más concreto, hay elementos considerados por los/as entrevistados/as respecto de los servicios clínico-comunitarios, como tener “*precios módicos al alcance de la población*” (Javier, P) y contar con un equipo interdisciplinario que pueda ir a lugares donde usualmente no llegan los equipos: trabajador/a social, psicólogo/a, psiquiatra, promotor/a, médico/a, enfermero/a o asistente de enfermería, los cuales fortalezcan lazos con la comunidad:

...haciendo actividades comunitarias reveladoras trabajando con los niños, con los diferentes grupos y con una flexibilidad que la comunidad pueda ir al centro de salud y el equipo del centro de salud pueden ir con cierta frecuencia para hacer el trabajo a realizar con los grupos de la comunidad, los vecinos, las fundaciones, trabajos con niños, con adolescentes, con mujeres, con adultos mayores; ver qué dificultades hay y cómo pueden hacer ciertas cosas que apoyen a la comunidad. (Carlos, P)

Al respecto, Koh Yah y Castillo León (2014) desde su experiencia de trabajo con un grupo de mujeres comentan que a partir de lo expresado por estas mujeres “fue posible constatar que los servicios de psicología no necesariamente abarcan las necesidades sentidas de la población, aunque estén presentes y no tengan costo” (p.129).

En relación a la accesibilidad, Valeria apunta dos elementos, el primero de ellos tiene que ver con adecuarse a los horarios, por ejemplo, los horarios para trabajar con los/as niños/as que no coincidan con sus horarios en el colegio. El segundo aspecto,

tiene que ver con lo conveniente de que se pueda prestar el servicio dentro de la propia comunidad, como ocurrió en el lugar en el que desarrolló su práctica:

Definitivamente hay algo de accesibilidad lógica de que tengo la ayuda aquí mismo pues yo siento que dentro de todo eso fue algo que le permitió a varias de las personas que yo atendía, asistir, que de otra manera, no podían si se les planteaba una opción distinta, porque implicaba mayores dificultades, y en la medida en que estás en el contexto, empiezas a ver un montón de cosas que te abren miles de miradas, se empiezan a visibilizar cosas que para ti eran híper invisibles, y probablemente eso te va a ayudar a estar con esta persona.
(Valeria, PE UCAB)

Los estudiantes de Ayacucho también rescatan lo beneficioso de tener un servicio dentro de la comunidad, pero en este caso más bien vinculado a cómo puede este contribuir a mejorar problemáticas de la comunidad:

...canalizar mejor los problemas, conflictos que se den dentro de la comunidad, convivencia mejor entre los pobladores y las comunidades que están viviendo un proceso post conflicto aún continúan con problemas; conflictos debidos a que conviven víctimas y agresores, por lo que contar con servicio de salud mental en la comunidad ayudaría a tener mejor convivencia, fortalecer las redes comunitarias. (E, PUCP Ayacucho)

Esto se ve favorecido, además, porque al encontrarse el servicio en la comunidad, fuerza de una u otra manera a los/as profesionales a pensarse las problemáticas, las personas y la intervención en relación con el contexto en el que se encuentran inmersos, lo cual se puede visualizar en la experiencia de una estudiante:

Nunca había estado como en un lugar de atención que estuviese dentro de la comunidad, [...] ves a tus pacientes en otros contextos cerca, entonces, ves cosas que no verías si solamente lo tienes en la consulta, [...] cuando fui al colegio, comprendí varias cosas que no salieron solo estando ahí, entonces de por sí, ya en el postgrado tenía que estar abriendo, dando apertura a salir del consultorio no solo en el espacio físico, sino en la cabeza, que la atención no es solo en consulta, sino que tienes que ampliar tu mirada, [...] para poder comprender mejor las situaciones, y la vivencia de cada paciente. (E, UCAB)

Las personas de la comunidad en la que trabajó Valeria, que fueron entrevistadas, valoran la presencia del servicio dentro de la localidad y aprecian la labor de los/as profesionales, comentando: *“Está muy bien que vengan los psicólogos y se interesen en ayudar a las personas”* (Lucía, C, 48 años); *“me parece más bien que trabajan con las uñas están haciendo mucho por la causa”* (Patricio, C, 37 años) *“para mí es sumamente importante esa atención de los psicólogos en la comunidad, y no importa que hoy no venga un paciente, pero sabe que está la atención allí”* (Alfredo, C, 60 años).

Existe congruencia entre estos comentarios y la visión de Valeria, pues por un lado *“el trabajar con las uñas”* implica valorar la adaptación de los/as psicólogos/as a la realidad de la comunidad y, *“sabe que está la atención allí”*, es la accesibilidad simbólica que Valeria menciona. De esta manera, pareciera que ello le da de alguna manera seguridad a las personas, en el sentido de saber que pudieran recurrir al servicio si lo necesitaran:

Nosotros acá no valoramos esto, lo grandioso que es tener este servicio dentro del mismo barrio, salir de tu casa para entrar y que te escuchen, si vienen más psicólogos mejor, porque se necesitan para poder hablar y escuchar a todos los que vengan” (Martina, C, 63 años)

En esta línea, las personas de la comunidad de Catuche, consideran significativa la presencia del servicio en el lugar pues aluden que la gente necesita ser atendida, *“necesitamos psicólogos, porque hay gente que lo pide” (Alfredo, C, 60 años), “uno necesita un psicólogo para hablar con ellos, yo no lo sabía hasta que traje a los niños al refuerzo escolar” (Adela, C, 38 años).*

Es un servicio para la salud de la mente, [...] se puede tener el cuerpo bien, salud física, pero si esa nos falla, mal, mal, mal; si no tenemos a quién acudir, contarle las cosas, desahogarnos es difícil tener bien la salud mental por eso es muy necesario [...]. La necesidad es la escucha, que estén los psicólogos, venir así a tratarse, aunque sea una vez al mes, es lo primordial. (Martina, C, 63 años)

Y en este sentido, son varias las razones para ello, lo cual muestro en sus propias palabras:

5.1.2.1. Por situaciones de duelo

Porque en ese momento quería que él me atendiera [se refiere a uno de los psicólogos]. [...] Ese allá atrás es mi hijo [señala una fotografía]; él tiene siete años de muerto y eso afectó mucho mi vida. Ha afectado mucho mi vida. Pero he aprendido a vivir con eso. Y entonces en ese momento había cosas que no las entiendo y aún ahora no las entiendo tampoco, pero yo he aprendido, yo sé que tengo que vivir con eso. (Amalia, C, 60 años)

5.1.2.2. Para que los niños se “porten mejor”

“Está muy bien que estén los psicólogos porque contribuyen a que los niños se porten mejor” (Adela, C, 38 años).

Es esencial [...] trabajar con los niños y adolescentes porque ya los grandes lo que hicieron ya lo hicieron..., si quieren seguir cometiendo errores, ya, ya usted es un hombre ya viejo; pero los niños van viendo esos modelos, entonces muchos quieren copiar [...], que no repitan lo de los demás. Creo que eso les ayuda ¿verdad? El hablar con ellos [los psicólogos] lo que pasan con sus padres. (Amalia, C, 60 años)

“Esas actividades que hacen los sábados [con los niños/as] también son muy buenas, porque vienen también los papás y ven a sus niños” (Alfredo, C, 60 años).

5.1.2.3. Atender a los padres y adultos en general

“Para desahogarse y ayudarlos a solucionar sus problemas de la mejor manera y colaborar [...]. Creo que es importante para que la gente tenga una persona que lo encamina” (Octavio, C, 70 años).

“Lo principal es la comunicación con la familia y especialmente con los padres de la casa, porque los hijos siguen a los padres y si los padres van por buen camino yo pienso que todo marcha como tiene que marchar” (Dunia, PCS, 59 años).

5.1.3. Resultados de la atención

Martina comenta:

Es necesario para la comunidad, siempre veo que la gente viene, sale de aquí bien, como mejor, la gente lo agradece [...]. He aprendido a nivel personal,

escucho los talleres que dan a veces y todo eso se arrastra a casa [...], les digo que vengan, que participen, les cuento me ha ayudado a llevar mis sentimientos, a dejar el estrés; aquí trabajando me despejo mucho, me gustaría volver a participar así más seguido. (Martina, C, 63 años)

Yo me fui una vez atender con un psicólogo para hablar de la muerte de mi hermanito, para que me ayudaran, me escucharan [...] estaba muy deprimida, decaída, entregada a la tristeza y poco a poco con varias sesiones me fueron orientando y sintiendo mejor. Hoy en día estoy aquí en la comunidad con mis hijas, nos ayudamos entre todas, nos orientamos, hablamos y eso es muy sano en mi familia. Y mis nietos también han ido. He ido para que me orienten en salud mental, también hay servicio médico y cursos que hemos ido con la Sra. Dunia. (Alba, C, 65 años)

“He visto mejor a mi familia” (Laura, C, 43 años)

Ayuda a avanzar, a crecer, los niños se motivan a venir para acá, los sábados también, los veo más sueltos, más así espontáneos, abiertos; a veces ellos tienen su miedito a hablar con sus papás y acá lo hacen, hablan, se desahogan. Me gusta mucho que vengan a su espacio. (Lorena, C, 35 años)

Desde otro contexto (México), Koh Yah y Castillo León (2014) reportan apreciaciones similares de las participantes de su experiencia de trabajo en clínica-comunitaria:

...lo que yo les puedo decir es que el papá de mis hijos me dijo hoy en la mañana –yo no sé si en qué estás yendo ahí, pero últimamente no estás gritando mucho. Porque si no es de que llega y estoy pegando de gritos por cualquier cosa, y posiblemente tenga razón... si él lo notó... me está ayudando (Mónica, 27 de

febrero de 2010). (Mónica como se citó en Koh Yah y Castillo León, 2014, p. 128)

Para quienes realizan labor comunitaria, el servicio ha sido un aporte también, en tanto ha implicado un espacio de aprendizaje e intercambio con los niños con los que trabaja y con los/as psicólogos/as, tal como expone Iris:

Te puedo hablar de mi faceta como facilitadora de refuerzo escolar, que me sirvió también de forma individual, recibí mucho aprendizaje con los niños, y de los psicólogos, que me ayudaban a ponerle objetivos a lo que yo hacía, fueron mis orientadores, mis guías, que me ayudaban a entender conductas de los niños, por qué hacían ciertas cosas, que uno sabía que era más algo emocional y uno lo consultaba con ellos y ellos ayudaban demasiado, fue muy bueno. (Iris, C, 30 años)

Es menester señalar respecto a la adecuación a la realidad, el hecho de que muchos de los SCC, se nutren de la participación de estudiantes en formación como practicantes, sea de pregrado o postgrado, lo cual, si bien es un recurso potente tanto para los servicios, las personas que participan en ellos y la formación de profesionales en este campo también es un riesgo, en tanto dificulta la permanencia en ocasiones del servicio y el seguimiento y continuidad de los casos.

Tal como manifiesta Lucero respecto del servicio que funciona en su comunidad, atendido por estudiantes de postgrado, “*siento que debería ser más continuo, que sea más constante. Hay mucha gente que ha venido a preguntarnos que cuando vienen [los psicólogos], que por qué no han venido, sea para ellos o para sus hijos*” (Lucero, C, 28 años).

En este mismo caso, dado que son estudiantes los que atienden, Dunia acota que:

...el supervisor [...] vaya al sitio, por lo menos, una vez al mes [...] para que también conozca, vea la realidad que está porque no todas las comunidades tienen, son, cada comunidad tiene sus propias características [...], ver cómo se manejan las comunidades y la misma gente de su entorno. (Dunia, PCS, 59 años)

Este apartado ha recogido la mirada de los diferentes tipos de colaboradores/as, teniendo mayor presencia la de las personas de la comunidad, quienes desde su experiencia nos comentan su apreciación en torno a los SCC, mostrando lo que les ha aportado a la vez que señalando aspectos de mejora. Esto encaja con las apreciaciones de académicos/as, profesionales y la literatura en torno a los avances en la incorporación de una perspectiva integral de la SM, teniendo todavía mucho camino por andar, ya que la hegemonía del modelo médico hace complejo el proceso de transformación.

Lo vincular y lo psicosocial son señalados como centrales en los SCC, tanto por parte de algunos/as profesionales y académicos/as como de algunas personas de la comunidad, quienes aluden a la necesidad de ser escuchados y de propiciar un intercambio entre diferentes actores/as. Podríamos decir que esto garantiza el “real” acceso de las personas a los servicios, pues la cercanía física y la gratuidad son esenciales, pero si las personas no se sienten escuchadas y deben hacer largas colas de espera, esta accesibilidad queda en entredicho.

En este orden de ideas, las participantes de la intervención realizada por Koh Yah y Castillo León (2014), reafirman la necesidad de expresarse y ser escuchadas libremente, no necesariamente orientada a resolver una situación en particular. Esto lo complementan con una exigencia de tener información, clara y sencilla, en torno a la SM para poder asumir el control sobre sus circunstancias de vida, dado que dicha información no ha de ser privilegiada y exclusiva de profesionales de la salud. Esta demanda, resume un elemento crucial en la PCC para garantizar el acceso, el diálogo, la horizontalidad y en definitiva la democratización del conocimiento y la potenciación de las personas dentro de su rol activo en la SMC.

Así, comunican que tienen el derecho a poder identificar determinados síntomas o dificultades de la SM y cómo poder actuar ante ellos: “como pistas, que, esto te puede orillar a una depresión. Quizás algo tan fuerte te pasó y estuviste en una depresión y no te diste cuenta y no hubo nadie que te informara” (Koh Yah y Castillo León, 2014, p. 126).

A lo anterior sumaría la pertinencia étnico-cultural de nuestros abordajes señalada por Navarro (2009), la cual forma parte del reto de adecuar nuestra visión y quehacer a la realidad, reconociendo que, “partimos desde nuestra propia matriz ética cultural, y nos enfrentamos a una cultura con valores, conocimientos, formas de entender la vida y a los otros, distinta a la nuestra” (p. 8).

Comparto con los/as colaboradores/as la prioridad de cambiar la concepción tradicional de los servicios para apuntar a nuevas aproximaciones de trabajo, que trasciendan la consulta individual y que se desprendan de la idea de un espacio físico

único, lo cual puede contribuir a superar las limitaciones de los tiempos de espera, por ejemplo, además de permitirnos incorporar estrategias de trabajo y modos de vinculación más adecuados a las personas de acuerdo a cada contexto.

En definitiva, todos los tipos de colaboradores/as coinciden en valorar la pertinencia de la existencia de SCC, en los que se pueda tener una visión integral de la SM y como he resumido en estos últimos párrafos sus apreciaciones van en la misma línea, aunque se expresen de un modo diferente.

5.2. *Espacio del Quehacer: De la Infraestructura a la Estructura Vincular*

Tradicionalmente, pensar en un servicio de salud es imaginar una infraestructura, diseñada en forma de consultorios y en el mejor de los casos, con algún espacio que permita realizar algunas actividades grupales. Sin embargo, la propuesta de la PCC rompe con este esquema y nos aproxima más a un espacio de encuentro, en el que pudiéramos hallar diversidad de matices y alternativas que van desde entender este espacio como una estructura física hasta concebirlo desde lo simbólico.

De esta manera, un SCC puede ocurrir en cualquier lugar y momento (una casa, un local comunitario-casa comunal, dispensario, escuela, biblioteca, etc., un transporte público o simplemente la calle), pues lo indispensable es que se dé el encuentro y, que ello, esté enfocado en el bienestar-malestar de las personas en tanto miembros de una comunidad; por lo que ese encuentro tiene como marco el contexto y momento del colectivo en el cual se desarrolla.

Los/as colaboradores/as de este estudio ilustran estas diferentes alternativas. Un estudiante de PCC, por ejemplo, valora la presencia de un espacio físico en tanto es:

El centro entendido como la mitad, el punto, ese medio en donde todos puedan llegar, en donde todos sepan que pueden ir ahí a trabajar muchas cosas, a simplemente conversar, convivir, o sea, ese punto de encuentro que creo es necesario en una comunidad determinada. (E, UCAB).

Además, desde una mirada ideal, considera debería contar con ambientes para distintas actividades: *“un teatro, auditorio, aulas donde se pueda trabajar en grupo, también espacios donde puedan estar todos los integrantes de la comunidad en un momento determinado [...], o sea, un centro comunitario.”* (E, UCAB). Igualmente, otra estudiante de PCC respalda la pertinencia de una infraestructura, *“la ubicación debe estar justamente donde pasen todos”* (E, UCAB).

Al considerar la presencia de un lugar para psicoterapia, otro par de estudiantes de PCC de la UCAB resaltan la importancia de que el lugar tenga privacidad, pues en sus prácticas les tocó trabajar en el centro comunitario en remodelación, y ello interfería en la atención, porque el ambiente no estaba del todo cerrado.

Si bien coincido en que desde el ideal es pertinente contar con un sitio privado para el trabajo, estimo no debe ser una condición en la PCC, en tanto es primordial ajustarnos a la cotidianeidad de las personas; de hecho, cuando acudimos al domicilio de las personas o nos corresponde actuar en otros espacios, son frecuentes las interrupciones y más bien estas pueden ser empleadas para reflexionar sobre asuntos cotidianos y relacionales.

Dunia manifiesta que el lugar debe ser “*agradable, [...], un espacio muy sabroso para que me haga moverme, sentirme cómoda, y la misma persona sentirse cómoda, no salir de allí diciendo: no, yo no voy más con ese psicólogo*” (Dunia, PCS, 59 años).

El elemento más compartido por los/as profesionales, sean académicos/as, trabajen en instituciones o estén en formación, es el que se puede hacer PCC en cualquier sitio de la comunidad, lo trascendente es que sea un espacio “*donde la misma comunidad se sienta perteneciente, o apropiar el lugar, o sea, creo que todo comienza desde la construcción del servicio, desde la construcción de los ladrillos, que incluyas a la comunidad*” (E, UCAB).

Que la comunidad parta de esa necesidad de crear ese servicio de salud mental y así potenciaría un servicio de salud mental porque lo vieran como algo suyo y sería de sostenibilidad en el tiempo. Que la comunidad fuera un participante con un rol activo de los miembros, que aprendan [...] a visibilizar los problemas de salud mental, como la tristeza y duelo (E, PUCP Ayacucho) ...y que se pueda vincular el tema de la salud mental con las cuestiones más de organización (Isabel, PE PUCP).

Eso es parte de lo clínico comunitario, de ir, de entrar a la comunidad, y construir con la gente el servicio, yo digo que habría que tener más contacto con la gente, pero yo digo que sí va por ese camino, porque se está construyendo. (E, UCAB)

Ello coincide con lo que los/as estudiantes de la MPC de Ayacucho de la PUCP recogieron con personas de la zona, al preguntarles para efectos de este estudio, cómo querían ser atendidos, ante lo que respondieron que:

... quieren mucho es que vayan a su casa y que hablen con la persona que origina el problema. Por ejemplo, mi hijo adolescente no hace caso, señorita por favor quiero que vayas a mi casa y hables con mi hijo, o que mi esposo me ha engañado, quiero que vayas a mi casa y hables con mi esposo, pues más o menos es así como quisieran ser atendidos. (E, PUCP Ayacucho)

En ese sentido, una estudiante de PCC de la UCAB comenta:

no creo que tenga que estar la casita para que se dé el centro, quizás podrías primero empezar con eso, lo del contacto, los líderes, y ya después en conjunto crear un lugar, o sea como que primero que la gente tenga en mente este espacio, y que primero se cree en la mente y que después va en lo físico, al principio creo que pudiera ser en cualquier lado. (E, UCAB)

En todo caso, si se tuviera un lugar físico establecido para el funcionamiento del SCC, tal como comenta Jonás (PE, PUCP) “*tendría que estar vacío, en el sentido de que los profesionales tendrían que salir de ahí a atender, no esperar a que la gente venga para atender [...] creo que lo importante a darle a este tipo de servicio es darle un enfoque comunitario, y el enfoque comunitario trata de que el profesional vaya por los problemas, no que los problemas lleguen a él*”.

Alineado con ello, Parra (2016) cuestiona la puesta en práctica de los servicios de atención primaria en salud, lo cual puede relacionarse con los SCC, pues como he expuesto al inicio del apartado coinciden en muchos casos:

Si bien todas estas estrategias de intervención se encuadran dentro del trabajo en aps, la mayor parte de ellas están centradas en un aspecto específico de la misma, el vinculado a la atención de la demanda asistencial -“mucho consultorio”-, sin enfatizar otras dimensiones relacionadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad[...] La casi totalidad de estas estrategias de intervención se realizan en tiempos y espacios institucionales sanitarios. Unas pocas excepciones a esta regla son las visitas domiciliarias que se dan en las casas de las familias y la participación en audiencias judiciales u otros tipos de reuniones interinstitucionales que se realizan en espacios institucionales no sanitarios. (Parra, 2016, p. 34)

Uno de los desafíos para la PCC en este asunto es cómo incidir para que los servicios de salud, propios del Estado y de algunas iniciativas privadas, vayan tendiendo hacia esta mirada que rompe con lo estatuido, con lo convencional, naturalizado para todos. En Perú, en el marco de la reforma de ley, a la que me he referido en apartados anteriores, se han instaurado los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)⁶, los cuales suelen ubicarse en comunidades de bajos recursos económicos para garantizar la accesibilidad de estas personas a los servicios de salud.

Constituyen un avance; sin embargo, no necesariamente responden en la práctica a los principios de la PCC, tal como lo expone Tesania:

El primer paso ha sido crear espacios comunitarios para que el paciente no vaya al hospital especializado psiquiátrico, sino que tenga como un lugar intermedio para ser atendido [...] dentro de su comunidad, pero sigue siendo un centro de atención, no es un centro de promoción de la salud, no es un centro de prevención, no es un centro de creación artística y de juego, sigue siendo un centro de atención. (Tesania, A)

⁶ Los CSMC son centros que brindan atención ambulatoria y especializada en salud mental y problemas psicosociales. Actualmente, se cuenta con 203 centros distribuidos en las regiones del Perú (Ministerio de Salud del Perú, 2021).

Por otro lado, Marcela refiere más que a la precisión de un lugar físico, a los espacios de trabajo o situaciones en las cuales puede incorporarse una intervención desde esta perspectiva, lo cual entonces puede darse “*en la guardia, el consultorio, en la sala, en el centro de día o en la visita domiciliaria o en el barrio con una asamblea de vecinos*” (Marcela, A). A lo que Teresita comenta que no se trata de tener un lugar físico, sino estar en diferentes escenarios en los que la gente esté. Sin embargo, esto sigue siendo difícil de lograr dada la estructura de los sistemas sanitarios, aunque se van realizando ciertos avances de aproximación a la comunidad, tal como expresa Marcela:

Lo que se logró es que haya psicólogos y trabajadores sociales, a veces, en el primer nivel de atención, pero siguen siendo consultorios [...] Y eso es lo que habría que lograr transformar [...] sí lo estamos logrando con la residencia interdisciplinaria de salud mental comunitaria. Ellos todo el primer año lo que tienen que hacer es un diagnóstico comunitario participativo. (Marcela, A)

En palabras de César:

Si yo me imaginara un centro de atención comunitaria es un centro que recibe agentes de comunidad y va a la comunidad, entonces cuando van a la comunidad trabajan en la interacción en grupos, es al mismo tiempo terapéutica y psicopedagógica donde probablemente hay un tema, una problemática. (César, P)

Llorens (2003) advierte que el acercamiento a espacios no convencionales para el trabajo en salud mental, no es algo reciente, y para ello, rememora que se cuenta que Levy Moreno visitaba bares y plazas para conversar con prostitutas y borrachos y luego

les preguntaba qué les había parecido la conversación, a partir de lo cual organizaba grupos de asistencia. Desde su experiencia profesional el autor valora como espacios no convencionales los de la psicoterapia de enlace en los hospitales y la del/de la psicólogo/a deportivo/a.

En esta sección, se abre una discusión interesante en la que existe un acuerdo en el uso de espacios no convencionales para los SCC, pero las apreciaciones al respecto tienen diferentes matices, dependiendo si dan más o menos importancia a la existencia de un lugar físico para su funcionamiento. En todo caso, se resalta el significado que puede tener para las personas dicho servicio, por ello emerge la idea de que si se trata de una infraestructura lo ideal es que las personas se involucren en su construcción, así como que la ubicación sea céntrica para todos; así lo simbólico es lo nuclear de este espacio aun cuando se trate de una estructura física.

Por otro lado, las visitas en los hogares de las personas son un aspecto mencionado por algunos de los/as colaboradores/as, en los que resalto a las personas de la comunidad, pues ello da cuenta de aquello que aprecian como importante, lo cual se puede conectar con el elemento vincular expuesto en el punto anterior.

Finalmente, al igual que en el apartado que antecede, se evidencia que la presencia de servicios desde una mirada alternativa a la tradición biomédica, sobre todo desde el lugar formal de las políticas públicas, sigue siendo un reto. Como plantea Parra (2016) es un reto para los/as psicólogos/as articular lo clínico, que en salud pública es el trabajo que se les demanda y realizan cotidianamente y lo comunitario que es lo que quisieran incorporar. Ello complica el desarrollo de un trabajo desde la PCC.

Ciertamente, hay un camino andado en tanto se evidencia la presencia de los CSMC en el Perú o los centros de APS en Argentina que han señalado algunas de nuestras colaboradoras; estos se plantean desde esta perspectiva de salud integral, pero en la práctica mantienen, generalmente, la dicotomía de lo clínico y lo comunitario, y la tendencia a la consulta individual y, por tanto, a las largas listas de espera, representativas de los modelos clásicos de atención.

En definitiva, la configuración de los servicios propuestos desde las políticas públicas sigue siendo construida desde una perspectiva externa a quienes formaran parte del servicio, es decir, los/as profesionales que laboraran en él y en especial, las personas de la comunidad que accederán a dicho servicio.

5.3. *Estrategias de la PCC: El Quehacer en Acción*

Entiendo estrategia como todas aquellas acciones reflexionadas que los/as profesionales emplean para alcanzar un determinado fin, en este caso para potenciar la salud mental de las personas de las comunidades y atender su sufrimiento. Estas han de ser adecuadas a cada contexto y momento, generadas en el intercambio con dichas personas, lo cual permite contrarrestar el que tradicionalmente, empleamos en psicología métodos y técnicas provenientes de otras realidades y, en consecuencia, cargadas de la normatividad social de dicha realidad (Vergara Vázquez, 2018).

Este apartado contiene las estrategias que, desde la voz de los/as colaboradores/as de este estudio, la PCC ha incorporado, las cuales, como se puede observar son adaptadas, principalmente, de sus dos disciplinas de origen, la clínica

(sobre todo de la psicoterapia) y la comunitaria, a la vez que, van adquiriendo particularidades para la PCC (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

En este sentido, tal como se mencionó en el marco referencial, los/as entrevistados/as de Balda (2006), consideran como una característica de la PCC el que integra estrategias clínicas y comunitarias, para comprender los problemas. Su uso, como plantea Marcela, tiene que ver con cuales de ellas se sienta más cómodo/a el/la profesional.

5.3.1. Estrategias terapéuticas y clínicas

5.3.1.1. *Psicoterapia y consejería*

Tesania (A) expresa que, *“quienes hacen psicología clínica comunitaria en el país sí trabajan con experiencias y modelos terapéuticos”*, aunque ella no lo incorpora considera que ha funcionado muy bien pues tienen *“una gama inmensa de posibilidades”*, tanto en el trabajo individual como de grupo. Manuel coincide en que la psicoterapia es una herramienta de trabajo de la PCC que *“se refiere a esa relación entre dos personas donde hay una conversación que trata de generar bienestar”* (Manuel, A). En este sentido, las perspectivas narrativas son una alternativa para generar nuevas miradas psicoterapéuticas, en tanto incluyen la voz del otro en la comprensión del caso (Llorens, 2003).

Por su parte Karina hace alusión a la consejería, diferenciándola de la psicoterapia porque:

... es más informal, inclusive puede ser en la esquina, vas conversando con la persona [...] puede ser algo muy puntual, menos de 4 sesiones, o no hay un proceso o bueno pensamos que no hay un proceso y básicamente lo hacemos con el número de sesiones consecutivas y consideramos terapia más de 3 a 4 sesiones consecutivas. (Karina, P)

Si bien la psicoterapia puede tener distintos enfoques, siendo que Llorens (2003) alude, por ejemplo, a uno de ellos, no he precisado con los/as colaboradores/as desde que lugar lo están asumiendo sino cómo lo están incorporando para la PCC.

5.3.1.1.1. Encuadre

El tradicional encuadre de la clínica ha ameritado varias reflexiones desde la PCC, pues este proceso usualmente dirigido por el/la terapeuta con algunos elementos predefinidos (horarios, honorarios, espacio de encuentro, entre otros), sufre algunos desajustes cuando el sitio en el que se suceden las acciones es una comunidad y cuando se integran una serie de comprensiones interseccionales de las personas y los enfoques ya descritos. Es por ello que, en un momento, Montero y Goncalves-de Freitas (2010) le hemos denominado un encuadre descuadrado, en tanto se adecúa a las condiciones de la cotidianidad de las personas y de la relación que se va suscitando, por lo que se va modificando.

Valeria comenta como una de sus compañeras de postgrado tenía:

... varias personas que llamaban para decir que estaban interesadas, ella me habló, creo que al final eran como 15 personas, pero que al final como que no lograban asistir, o sea, el tema de llamada telefónica, de colocar cita, eso

obviamente entendimos que era algo como que no terminaba ajustándose a la necesidad. (Valeria, PE UCAB)

En este orden de ideas, César menciona que en la PCC el trabajo se da cuando las personas quieren y eso es parte del encuadre:

...ya eso es encuadre, porque no es como lo más sociológico mandar que el equipo de psicólogos toque puerta por puerta del barrio del sitio buscando a las mamás y a los niños. No. El espacio abierto no es para gente que es mandada. El espacio abierto es para la gente que viene cuando quiere, porque quiere y se va cuando quiere, tú haces una convocatoria a la comunidad [...] se da cuando quieren, esa es la manera de trabajar porque los que vengán encontrarán un lugar donde se les presta atención y no se le obliga a nada, en ese espacio que se forja la cercanía y la intimidad necesarias para expresarse con libertad. (César P)

Al respecto Javier menciona cómo en su trabajo ha tenido que ir haciendo ajustes en los horarios, lo cual le ha resultado muy bien, pues:

Hay pacientes que no pueden los días de semana y coordino con ellos tal vez los fines de semana, donde hay más espacio, libertad en el trabajo, de repente trabajan hasta medio día, por eso utilizo las tardes, por ejemplo, mi horario particular dice que yo trabajo por la mañana y yo cambié mi horario de sábado por la mañana a sábado por la tarde. (Javier, P).

Una vez que se establece estos horarios, comenta Javier, es estricto con ello y las personas lo cumplen sin ninguna dificultad, suelen asistir a todo el número de sesiones pautadas (7 máximo según las pautas del Ministerio de Salud), pero luego se

le hace seguimiento para ver cómo va el proceso de la persona. De una manera poco convencional, Javier intercambia los números de teléfono con las personas para que:

... cuando ellos no puedan se comuniquen conmigo y planificamos el día, porque nadie tiene la vida comprada y también tenemos los problemas, trabajo, entonces esa es la mejor manera de comunicarnos, y de cambiar la fecha tal vez, y con eso tampoco pierdo pacientes. (Javier, P)

Paradójicamente, para Valeria ayuda el que la persona tenga un día y hora para la consulta, aunque se debe tener flexibilidad:

... terminaba siendo muy terapéutico para la mayoría, o sea, el hecho de que sé que los martes voy, y sé que estoy allí, tengo mi hora, esa estructura, por lo general, contenedora, ayuda ya de por sí, [...] hacía que la angustia disminuyera, [...] facilitaba en otras cosas de la vida, estructurarse mejor ... (Valeria, PE UCAB)

Javier y Valeria, desde dos países distintos, refieren a aspectos semejantes, en los que se rescata la flexibilidad para establecer los horarios inicialmente e incluso los cambios en el desarrollo del proceso, pero valoran el que la persona pueda definir un espacio para sí. Tal vez esto puede constituirse en un reconocimiento para la persona por cuanto en los servicios que se ofrecen en sectores públicos estas personas suelen ser convocadas por orden de llegada y esperar por meses, en ocasiones, para obtener una cita.

De este modo, lo interesante es como el encuadre se establece de manera abierta y dialogada con las personas considerando el contexto social, comunitario y personal,

por lo que se reconstruye tantas veces como sea necesario, sin que ello implique una interpretación por parte del pcc.

Otro de los elementos que ha incorporado Javier en su labor es realizar la primera consulta en el centro de salud y la segunda en la casa de la persona, ya que permite observar cosas que en el consultorio no se podría ver. El pago de la consulta también se ajusta a las posibilidades de dichas personas, pues algunos no tienen seguro social y no pueden pagar.

Por su parte, Carlos muestra la utilidad del encuadre, desde una dimensión participativa en la que el lugar se constituye en un espacio alternativo para quienes están involucrados. Para ello, señala la experiencia en uno de los proyectos de su organización, en el que al inicio los/as niños/as al llegar al sitio de trabajo rompían los materiales:

Al cabo de uno dos meses, lo que comenzaron hacer es que apenas entraba el equipo comenzaban a poner papelógrafos, papeles grandes como para tapar todo lo que había atrás, todo el espacio para generar un espacio nuevo, un espacio donde los niños pudieran gritar todo lo que quisieran, pero sin tocar nada los encuadres, ya tenían; entonces se generó este espacio porque los terapeutas también llevaban sus propias cosas, y como que era un espacio alternativo y no era el mismo lugar concreto, pero con los papelógrafos entonces lo que hicieron fue crear un ambiente distinto, pero no integraron como lo que ocurría entre los niños y las promotoras, o sea el conflicto, el conflicto se acabó. (Carlos, P)

Para Escribens et al. (2008) el encuadre:

Es una forma de aproximarse a las personas, una manera de expresarse y relacionarse, respetando al otro, siendo flexibles a responder a las demandas y a las propuestas en el momento en que se dan; desde un encuadre interno se acomodan y resignifican las características externas en las cuales se trabaja en la comunidad, desde ahí se contiene y protege la relación. Creemos que es la relación de respeto y reconocimiento mutuo la que hace las veces de encuadre, ya que a partir de ahí se establece el contacto para el trabajo. (p. 56)

Llorens (2003) plantea una idea interesante en este asunto al incorporar la definición de encuadre propuesta por Lander (2001 como se citó en Llorens, 2003): “el lugar donde se coloca el psicólogo, sus actitudes, metas y creencias con la que interactúa en la conversación terapéutica y no las paredes del consultorio” (p.157).

Desde mi perspectiva, esta definición descentra el encuadre de los elementos concretos y la simbología de estos, para dejar al descubierto la postura del propio psicólogo/a en el proceso. Si a ello le sumamos la idea del reconocimiento mutuo planteado por Escibens et al. (2008), podemos pensar en una conversación terapéutica que se hace desde el lugar de la horizontalidad, reconociendo al otro y su voz, permitiendo orientar a los/as actores/as involucrados en un trabajo conjunto con una perspectiva democrática, centrada en el encuentro de los puntos de vista de ambos.

5.3.1.1.2. Contratransferencia como fuente de conocimiento

Para César, lo contratransferencial, si bien permite reconocer los aspectos propios del/de la psicólogo/a en el proceso, que en este caso, lo relaciona sobre todo

con prejuicios y dificultades a incorporar situaciones nuevas como lo exige la PCC, también puede aportar otros conocimientos significativos. En sus propias palabras:

Creo que lo contra-transferencial es una fuente de conocimiento, porque puedes sentir miedo y tú tienes que pensar, tienes que preguntarte por qué sientes miedo, qué te hace sentir miedo, tienes que intentar digerir el material que escuchaste, o sea donde está la fuente de ese miedo, y tienes que ver eso tiene que ver conmigo en tal cosa; tener miedo a lo desconocido, a lo nuevo, de prejuicios, al nivel socioeconómico, al color de piel. [...] entonces tú tienes que tener como una especie de alacena interna que siembre la pregunta, o esté ahí pendiente, y de seguro tiene un significado con algo tuyo, pero hay algo más. (César, P)

5.3.1.1.3. Escucha empática

Tesania refiere a que en el quehacer de la PCC se considera la escucha empática, la cual implica que, *“hemos incluido el reconocimiento, el encuentro con el otro y a partir de ahí la posibilidad de ir construyendo y elaborando juntos, pero no en un modelo clásico de los principios terapéuticos ni mucho menos”* (Tesania, A).

Este proceso dependerá del proceso de cada persona o grupo con el cual se trabaja, por cuanto en algunos momentos tal vez sólo implicará escuchar y en otros facilitar estos procesos de construcción y elaboración conjunta (Pérez Sales y Fernández Liria, 2016, p.53). Ello depende en gran medida de las situaciones por las que han pasado las personas y las problemáticas con las cuales se trabaja, ya que en los casos de las situaciones traumáticas a las que han referido gran parte de los/as

colaboradores/as a veces requieren por un tiempo la escucha más abierta, tal como mencionaré más adelante.

Valeria hace énfasis en abrir espacios de escucha en los que se puedan incluir cada vez más las personas, lo cual lo vincula con estar comprometida y muy presente, pero esta escucha se da en varios sentidos: al interno del equipo, con las personas de la comunidad y con quienes pueden aportar como supervisores del equipo.

... escucha entre uno mismo, o sea, entre el mismo equipo de profesionales que estén allí, escucha de las personas que se acerquen a pedir cualquier ayuda o que estén participando del servicio que se les está dando y nosotras estábamos siempre muy ávidas de asesoría; si pudiéramos, yo me acuerdo que nosotras queríamos tener hasta dos reuniones semanales, claro, es difícil, pero sí estábamos muy ávidas de asesoría, porque eran como muchos dilemas continuamente, entonces era como que cómo los trabajamos, y obviamente necesitábamos la asesoría del experto para ver qué hacer. (Valeria, PE UCAB)

5.3.1.1.4. Espacio contenedor, libre y novedoso

... al tener como un espacio contenedor, donde le ofrecen un modelo distinto, [...] lo que uno hace como terapeuta, que le ofrecía otro contexto, allí inmediatamente hubo cambios en su comportamiento, yo no hice nada, yo lo que hice fue estar allí [...] el hecho de que tengan un acompañamiento distinto es básico [...] en general, un ambiente libre, muchas veces, jugaban unos por acá, otros pintaban por aquí. (Valeria, PE UCAB)

5.3.1.1.5. Cierre y transición con el/la nuevo/a psicólogo/a

Valeria acota una idea que, si bien es una estrategia de la psicoterapia y la clínica usualmente, aunque no necesariamente de la manera como lo plantea la

colaboradora, en los servicios comunitarios se obvia muchas veces. Se trata de hacer una sesión de cierre con la persona que se ha trabajado y hacer la transición con el/la profesional nuevo/a, a fin de que ambos puedan estar abiertos a la nueva relación:

Primero preparando bien el cierre, pero después que al terapeuta nuevo lo presentamos, como todo un tema ahí importante de que cómo se establece un vínculo y hemos hecho todo un proceso, pues yo me tengo que ir por todo esto, pero entiende que te estoy dejando con un profesional, con una colega, le mostraba las cosas buenas, o sea, como todo un espacio de transición. Y en esa oportunidad también fue muy valioso poder hablar con las terapeutas nuevas qué es lo que estaba haciendo, qué es lo que yo vivo, qué experiencias tuve, qué cosas me parece que le puedan funcionar, así pues, como ese compartir la experiencia más íntima [...] no solo una clase, sino vamos a reunirnos hablar de C. (Valeria, PE UCAB)

5.3.1.1.6. Confidencialidad y seguimiento

Me parece muy importante, [...] que exista una continuidad, porque cuando tú estableces un cierto vínculo con la persona que te está atendiendo, tiene que ser producto de muchas sesiones y que de verdad haya una empatía y un feeling, yo no voy a estar contándole mis problemas [...] cada vez a diferentes personas, de paso que son mujeres que lamentablemente vivimos en una sociedad machista, lo digo por mí en particular, que muchas cosas se me hace complicado decirlas y por otra parte, que son muchachas muy jóvenes, entonces [...] donde queda la confidencialidad. (Dunia, PCS, 59 años)

Es sugestiva la correspondencia que hace Dunia entre la continuidad y la confidencialidad, ya que usualmente empleamos la confidencialidad en el sentido de no develar aquello que se nos es contado. Sin embargo, ella amplía este significado

para incorporar el hecho de que, si no le damos continuidad al trabajo, se debilita dicha confidencialidad, en tanto la persona tiene que relatar a otros/as profesionales aquello que es muy íntimo y doloroso, en la mayoría de los casos, no teniendo por decirlo de algún modo, interés el esfuerzo de la persona al haber expresado su sentir, lo que ha implicado depositar su confianza en el/la profesional con el que trabaja. Esto nos deja sobre el tapete una discusión ética valiosa para la PCC.

Del mismo modo, Dunia alerta a la relevancia de hacer seguimiento del proceso psicológico de las personas con las que trabajamos, en tanto saber las movilizaciones o efectos que emergen posterior a las sesiones de terapia: *“Hay gente que pide psicólogos y luego cuando viene llora con el psicólogo, entonces ya, le empiezan a salir las cosas [se refiere a emociones o contenidos a partir de lo trabajado], ya le da miedo o temor volver y si no se tiene el acompañamiento, no va a volver”* (Dunia, PCS, 59 años). Cuenta desde su experiencia, como en su proceso terapéutico fue muy útil que su terapeuta estuviera atenta a lo que le iba ocurriendo y le advirtiera de las posibles cosas que podía sentir en su vida cotidiana fuera de la sesión.

Valeria menciona otra forma de seguimiento al proceso de asistencia a las sesiones, el cual rompe categóricamente con las posturas tradicionales, en las que se coloca toda la responsabilidad en la persona, sin considerar sus circunstancias complicadas de vida y el no estar habituados a asistir a sesiones de trabajo vinculadas con el tema de la salud mental:

... yo estuve muy presente, [...], un poco persecutoria, por decirlo de alguna manera [...] Llamando a la gente, mira tal acuérdate que nos vemos mañana;

o sea como un acompañamiento mientras te acostumbras en cómo más o menos podemos ayudarnos, tú a mí, y yo a ti. Entonces, yo tenía mucha comunicación continua con las personas que atendía, con las mamás de los niñitos, o a veces ir a la casa del niñito a ver dónde estaba o qué pasó; creo que se requiere no quedarse esperando a ver, o llamé una sola vez y no me contestó, porque muchas veces o no tienen batería, se les olvidó, hay que estar pendiente, digamos que alguien tiene la necesidad, pero realmente también viven unas vidas como muy ajetreadas por una razón u otra [...] no es que no quiera, sino que no le da, no tiene como recursos disponibles para además llamarte. (Valeria, PE UCAB)

5.3.1.2. Diagnósticos clínicos

Javier hace mención a los tamizajes de detección de violencia y cuestionarios de detección de la depresión y ansiedad, como herramientas disponibles para iniciar el trabajo de aproximación a la comunidad, lo cual lo utilizó aplicándolo en las visitas domiciliarias y le sirvió como estrategias además de diagnóstico rápido de salud mental para acercar a las personas al centro: *“los cuestionarios los llenábamos ahí mismo en la puerta de la casa, y de acuerdo al diagnóstico [...] rápido y con el ojo clínico [...] le poníamos una cita en ese momento y la gente llegaba”* (Javier, P).

Si bien Javier muestra estos instrumentos como una manera inicial de acercamiento a la comunidad, es necesario mantener una mirada crítica al respecto, pues tal como comenta Marcela el diagnóstico no debe ser un obstáculo para conectarse con las personas: *“Si yo me sentaba acá y decía que tenía una esquizofrenia a veces ya, digamos, ese rótulo invisibiliza todo lo otro [...] Para mí es una construcción teórica, no es la persona”* (Marcela, A).

En este sentido, me parece que desde la PCC estas herramientas deben considerarse como auxiliares y no para dirigir la intervención hacia las personas. Aun así, es necesario ser cuidadosos, porque iniciar la relación con un diagnóstico puede marcar la forma como las personas pueden imaginar el trabajo al estilo tradicional. Ahora bien, si se es habilidoso en la manera de realizarlo, puede ser que este diagnóstico permita que las personas se conecten al proceso, porque es el formato que conocen, pero correspondería al/a la pcc presentarse y relacionarse de una manera más horizontal, en la cual puede invitar a la persona a que juntas construyan dicho diagnóstico.

En las estrategias terapéuticas y clínicas, resaltan aquellas vinculadas a los procesos psicoterapéuticos. En estos el punto de partida es el encuadre, que da como su nombre lo indica el marco al trabajo, pero en su adecuación a la PCC, adquiere una dimensión de construcción y deconstrucción permanente en función de las circunstancias presentes en el contexto y las particularidades de las personas y la relación, trascendiendo su incorporación a otras actividades y no sólo a la psicoterapia.

Se convierte así en una acción problematizadora para el/la propio/a pcc, quien debe estar atento a los ajustes del proceso y favorecer la flexibilidad. Esta es la estrategia a la que más han referido tanto los/as colaboradores/as del estudio como la literatura, tal como se observó en el marco referencial, desde una postura crítica, que demarca la inexcusable resignificación para la PCC.

Por otro lado, se encuentran la escucha empática que también en el apartado anterior fue uno de los aspectos considerados importantes por las personas de la

comunidad. Ello va acompañado de la contratransferencia y el generar un espacio de contención. Finalmente se plantea la necesidad de hacer un cierre y contemplar el seguimiento a las personas, desde formatos no convencionales que implican relacionarse en aspectos concretos de la vida cotidiana.

Todas estas estrategias, a mi modo de ver, están transversalizadas, por un lado, por el reconocimiento y respeto hacia el Otro y, por otro lado, a la revisión permanente de los/as pcc de su propio proceso, sea en la forma cómo concibe el encuadre, en la contratransferencia, en el establecimiento de la escucha empática en diferentes sentidos y en el propio cierre y transición. En este último, establece un diálogo con sus colegas, pero también reconoce la significación de la experiencia y la de finalizar su vínculo dentro de este proceso; todo ello a fin de manejar los impactos en la vida personal y profesional, ya tratados en el apartado anterior relacionado con el lugar del/la pcc.

5.3.2. Involucramiento con la comunidad

Es claro que el trabajo clínico-comunitario no refiere a aspectos de las individualidades sino de las personas en el colectivo, por ello, tal como lo plantea Tesania, no se trabaja solamente con la persona que ha sido víctima de violencia o ha sido afectada en una situación de desastre, porque es importante involucrar en el trabajo a toda la comunidad pues es una situación que se dio y forma parte de ese contexto.

En este sentido, Teresita reafirma que:

La fortaleza del trabajo está en el trabajo grupal, en el trabajo colectivo, en el trabajo interpersonal de interacción, en retomar las experiencias de las personas, en compartir con las personas, que las personas se organicen, en que

las personas tomen decisiones, sobre sus propias problemáticas, pero que eso también luego incida a otro nivel. (Teresita, A)

Los estudiantes de Ayacucho explican que:

Primero se debe realizar un diagnóstico opcional provisional y participativo, establecer un proceso de familiarización, propiciar espacios para el reconocimiento de agencias en la comunidad, realizar un acompañamiento; también promover espacios de escucha e interrelación de una comunicación horizontal entre el profesional y la comunidad [...] conocer la historia y la dinámica de la comunidad. (E, PUCP Ayacucho)

Respecto a lo que implica esta involucración, los/as colaboradores/as muestran dos estrategias centrales: aproximarse a la comunidad y establecer vinculaciones entre las personas implicadas en el contexto en el cual se trabaja.

5.3.2.1. Aproximación a la comunidad

La aproximación tiene que ver con la manera como los equipos de trabajo se van incorporando a la cotidianidad de la comunidad, adaptándose a las condiciones del lugar y buscando formas de convocatoria y vinculación con la comunidad, a partir de descubrir aquellas cosas que para ellos pueden ser significativas. Compartir en fiestas y rituales propios de la localidad, así como respetar sus prácticas comunales permite el encuentro y establecimiento de la confianza, se trata de una postura abierta y sensible culturalmente (Jibaja, 2009).

Este acercamiento propuesto por los/as colaboradores/as se asemeja al proceso de familiarización considerado en diversos campos de las ciencias sociales, tanto en el

desarrollo de investigaciones como de intervenciones, la cual es indispensable en el trabajo comunitario.

Para Montero (2006), la familiarización permite a los/as agentes externos introducirse y hacer comprensibles las particularidades de la comunidad; sin embargo, hace énfasis en el carácter mutuo de este proceso por parte de agentes externos e internos, quienes inician o profundizan el conocimiento en torno a los aspectos culturales y lingüísticos de ambos a la vez que descubren referencias e intereses comunes a fin de plantear un proyecto de trabajo compartido.

Javier, desde su experiencia en un Centro de Salud en Chincha – Perú, da cuenta de la pertinencia de la promoción y difusión del servicio para conectarse con la población e iniciar un proceso de sensibilización y desestigmatización en torno a la salud mental y ofrecer “un buen servicio a la población”, visitando cada centro poblado, casa por casa. Es así como, al llegar a la comunidad la psicología era poco conocida, ya que, por un lado, en el mismo centro, la atención psicológica se prestaba “*en otro ambiente, uno más pequeño con un poquito de telarañas, no le daban mucha prioridad*” (Javier, P).

Por otro lado,

...la primera impresión que tiene la persona a la que le dices que tiene que tener una atención psicológica es que a los psicólogos ‘solo van los locos’ o lo confunden con ginecología: ‘señora estoy brindando cierta información en relación a la psicología’ [...] y la señora me dice, ‘si pues ya yo me hice mi examen hace algunos días’, ‘¿qué examen?’ ‘si pues de las mamas’ (Javier, P)

La experiencia de una estudiante de la UCAB en su práctica guarda relación con la estigmatización a la que se refiere Javier:

Yo veo que para algunos es un esfuerzo asistir, y verle la utilidad al servicio como para que después lo dejen, porque por lo menos, el único paciente adulto que pude haber tenido, en atención, [...] estaba súper interesado, pero nunca llegó, entonces yo tuve la sensación que también pudo ser esta cuestión de que lo iban a ver yendo al centro y todo lo demás, entonces, todo esto, claro con los niños es menos complicado. (E, UCAB)

Esta mirada es ratificada por personas de la comunidad que comentan:

Yo sí siento que la gente lo pudiera aprovechar más si tuviera un poco más claro para qué le podría servir y cómo podría ser utilizado, porque muchas veces las personas nos dejamos llevar por los conceptos, es decir, psicólogo, está loco o tiene un problema y no necesariamente tiene que tener un problema, sino que puedes adquirir herramientas para manejar ciertas cosas, incluso que si una persona que a veces no tiene amigos cercanos sino que le cuenta sus problemas a todo el mundo o no saben a quién contárselo, de repente también le puede servir, a veces también uno ve cosas como problemas y resulta que no es un problema sino que son cosas que uno no sabe manejar y entonces lo ve como un problema. Entonces identificar eso, qué es un problema, cuáles son nuestras emociones, identificarnos nosotros mismos como individuos. (Iris, C, 30 años)

Al respecto, Alba expresa:

Yo tengo 8 hijos y 7 vivos, uno de mis hijos es discapacitado, ha estado en la calle, pero no ha querido usar el centro de psicólogos porque cree que es para

locos y yo le digo que no, que vaya que lo necesita para que lo orienten. (Alba, C, 65 años)

Dunia lo resume de la siguiente manera:

...hay otra gente que lo necesita pero que no descubre o que no asume que necesita una ayuda psicológica porque todavía están los mitos estos de que si el psicólogo es para locos. Uno tiene que ir rompiendo con todos esos paradigmas. (Dunia, PCS, 59 años)

Así, solicitan “*que hablen del servicio de los psicólogos, yo no sabía que existían y lo que hacen*” (Lucía, C, 48 años de edad), “*tienen que involucrar más a las personas, y hacerles saber las actividades qué hacen para que uno pueda llegarse*” (José, C, 25 años).

De tal manera, la siguiente estrategia de Javier está acorde a lo que las personas de esta comunidad proponen:

Yo llegaba hola soy psicólogo del centro de salud y ellos ni siquiera sabía qué era la psicología o qué hacía un psicólogo o qué estudiaba y entonces empecé casa por casa y ofrecí los servicios, los horarios de atención y gracias a eso empezamos a tener 20 pacientes, 30 pacientes [...] les empecé a explicar un poco el tema de lo que es la psicología, entonces la gente como que comenzó a despertar la noción o el concepto que tienen y la importancia sobre todo de la psicología en la comunidad (Javier, P)

Algunas personas de la comunidad, confirman que,

... debería visitarse más casa por casa, porque yo veo que hay gente que requiere a veces del servicio. [...], lo digo porque me veo a mí, yo en esta condición de que hay gente que a lo mejor no va y busca la ayuda porque tiene pena, porque creen que los psicólogos son para los locos. Entonces si hablamos como estamos tú y yo y la gente como que empieza a hablar y saca y a lo mejor es la oportunidad para que le den la consulta o qué sé yo, creo que podría ser así, pero que no se deje en el centro [...] Así como pasó ahorita contigo y conmigo. Tú vas a hacer la entrevista y ahí en la entrevista puedes preguntar a la persona si quiere ser atendido y si quiere que sea en su casa o en el centro. (Amalia, C, 60 años)

Es importante “*ir por las casas diciendo qué es lo que van hacer*” (José, C, 25 años).

Entonces, yo sí creo que es importante tener una atención desde la consulta, pero si tengo que salir afuera, a la comunidad, también tengo que abrirme a eso, no cerrarme solamente al escritorio y esperar el paciente que me venga, si tengo que salir a la comunidad, y tengo que visitar en la comunidad; quizás alguna emergencia, y desde allí traigo a la gente a la consulta, eso lo tengo que hacer. [...] siempre que viene un psicólogo a mí me gusta hacer un recorrido hasta arriba [...], voy con los psicólogos, y los presento, y les digo: van a estar en tal sitio, y la atención va a ser de tal hora a tal hora, y luego se pone un afiche o papelógrafo, con los días y las horas, y el horario pues, y el teléfono del centro. (Dunia, PCS, 59 años)

Escribens et al. (2008) señalan como en su caso el comunicar a las personas que si necesitaban el apoyo de las psicólogas fueran al centro comunal no les funciono por lo cual se replantearon su rol, “basado además en interpretar correctamente algunos

pedidos de las mujeres, como “vénme a visitar pues señorita”, “te invito a comer a mi casa, ven señorita”, “tengo ahí papita para darte”. Estas eran sus maneras de pedir la ayuda, de pedir estos espacios de contención y escucha” (p. 61).

La convocatoria puede realizarse a través de acciones muy sencillas, pero bien pensadas y significativas como las que menciona Karina: usar megáfonos y visitar las casas para avisar a los niños que el taller se iba a realizar. Ello, a su vez, permitía conversar con los padres y madres y llevarles una invitación con la fecha y hora del taller para que dieran permiso a los niños para asistir, que, aunque ya lo supieran servía de recordatorio y de establecimiento de vínculos de confianza entre los padres y madres y los/las profesionales, de hecho, en algunos casos las madres invitaban a los/as profesionales a pasar a la casa, favoreciendo la profundización del conocimiento entre ambos tipos de actores/as.

Sí, definitivamente, esta cercanía más a lo que es la dinámica de la comunidad, y esto de lo que es casa por casa es algo que no harías si estás en un centro aparte, es como más conexión con la vida cotidiana, y con el espacio de vivencia de la comunidad y de las personas que están, es como la primera mano en esa realidad [...] Una buena atención, a mí se me ocurre esto de que se den a conocer en la comunidad, antes de empezar el servicio, porque ahí pasará gente atendiendo y gente de la comunidad que no tienen ni idea de qué está haciendo ahí ni quien es ni nada, entonces yo digo, si van a estar poco tiempo o el tiempo que vayan a estar, hacerse conocer y ver que están ahí disponible.
(E, UCAB)

Carlos relata cómo en su proyecto se fue dando esta aproximación, lo cual da cuenta de que ello puede ser un proceso progresivo:

Entonces ahí fue donde intervenimos y al principio poníamos agua y la luz porque no teníamos, quizás una linternita con alguno de los líderes, no venían a nuestras convocatorias, entonces íbamos a trabajar con los niños y empezamos a trabajar con los niños, empezamos a jugar con ellos, con los grupos empezamos, y al cabo de unos meses, las madres de familia empezaron a involucrarse en los cambios que habían. (Carlos, P)

Por su parte, Valeria comenta las reflexiones que tuvieron al llegar a la comunidad, entre las que llama mi atención el entender los significados que las personas otorgan a los aspectos ligados a la salud mental y a lo psicológico, lo cual permitía orientar el quehacer de los pcc a la par que hacer la convocatoria y promocionar el servicio en términos comprensibles para la comunidad:

Cómo darnos a conocer en la comunidad, entendiendo cuál iba a ser como el target, entonces cómo íbamos a hacer el afiche [para promocionar el servicio], y qué era lo que íbamos a poner, qué palabras íbamos a usar, todo un desafío porque teníamos que empezar entendiendo culturalmente qué se entendía allí por problema psicológico, o por algún tipo de malestar psicológico que ellos vieran que podía tener una ayuda del psicólogo y, fuimos en algún momento a casa por casa, y vimos que había bastante necesidad en general, las personas que nos dieron entrada, fueron bien abiertos en contarnos, sí yo tengo este problema, y obviamente, son situaciones como multiproblemáticas. (Valeria, PE UCAB)

Estas estrategias de aproximación, según comenta Javier en el caso de la comunidad de Chincha-Perú, dieron lugar a un aumento en la demanda del servicio y de las actividades comunitarias, pues las mismas personas convocan a sus vecinos/as y familiares venciendo el tabú hacia la atención psicológica:

ese impacto generó más promoción de la salud mental, porque había gente que venía desde muy lejos a atenderse, y esa gente que han terminado, por ejemplo, su atención clínica y gracias a ellos y por la difusión de ellos tienen familiares que tal vez tenían temor, era un tabú acercarse a psicólogos ahora como que eso ha cambiado. (Javier, P)

Al respecto, Iris confirma que “*si tuviéramos claro para qué sirve [se refiere al servicio psicológico] [...] sentimos la confianza, de repente si vemos a otra persona de la comunidad que le ha servido la gente se sienta con más confianza porque es un privilegio*” (Iris, C, 30 años).

Valeria concuerda en que la mejor promoción es la realizada por quienes han sido beneficiarios del servicio y la manera como lo haría es la siguiente:

Haría un esfuerzo de reunirme con las personas que recibieron el servicio, que estuvieron ahí en ese momento y de una, mira necesito, quiénes pueden venir, me estoy creando un equipo de trabajo, porque me interesa mucho que ustedes que fueron beneficiados en esto, podamos ver cómo podemos expandir esto que les pasó a ustedes a la mayor cantidad de personas posible, qué se les ocurre, qué han escuchado ustedes [...] que ellos mismos sean los que [...] que participen en la promoción, en la organización, en cómo puede ir formándose poco a poco el servicio de psicología pues... (Valeria, PE UCAB)

La investigación de Bang et al. (2020) coincide con lo expuesto por Javier, por cuanto el equipo comenta que cada vez que salía a hacer actividades aumentaba la demanda de atención individual, de manera que comenzaron a tomar conciencia que ellos mismos promocionaban ese tipo de actividad.

Resulta interesante pensar en torno a cuál es el tipo de promoción que hacemos entonces, siendo que tal vez estamos rompiendo las barreras y estigmas hacia el trabajo con salud mental, así como las estrategias de promoción, pero tal vez no logramos dejar de priorizar por las atenciones individuales. Quedaría pendiente incorporar una mayor promoción de otro tipo de actividades y tal vez, principalmente, deslindar la conexión naturalizada entre atención psicológica-consultorio-atención individual. En todo caso, rescato como central la siguiente reflexión de Valeria, entorno al valor de la vinculación a las personas y el contexto:

En la medida en que estás en el contexto empiezas a ver un montón de cosas que te abren miles de miradas, se empiezan a visibilizar cosas que para ti eran súper invisibles, y probablemente eso te va a ayudar a estar con esta persona.
(Valeria, PE UCAB)

5.3.2.2. Vinculación entre las personas en el trabajo de la PCC

El tema de la relación entre los/as actores/as ha tenido un aparte exclusivo para su desarrollo, en este punto se observa el vínculo como estrategia en la PCC. En este orden de ideas, Alfredo al referir al nexo que establecen los profesionales con las personas de la comunidad expone que, “*lo importante es que estén atentos y ayuden a la gente de buena manera*” (Alfredo, C, 60 años).

Dunia incorpora una arista interesante como es el entendimiento entre los/as psicólogos/as y la comunidad que implica entender el contexto y lo que se requiere:

Con un equipo que esté entendido de lo que aquí está ocurriendo, que puedan traer algo a la comunidad y que le puedan hacer saber, si la gente entiende lo que usted le está diciendo eso debería salir bien, [...] que ustedes y nosotros entendamos lo que se quiere. (Dunia, PCS, 59 años)

Asimismo, rescata la trascendencia de la cercanía, empatía y horizontalidad en la relación para que las personas se “enganchen”, “se enamoren” permaneciendo en el servicio y recomendado a otros, pues la confianza no está dada porque se es psicólogo/a sino por la manera cómo este profesional se relaciona con las personas. En sus palabras:

Yo creo que la cercanía depende de cada quien, de cómo cada psicólogo, o cada profesional actúa, porque hay gente que engancha, por ejemplo, Valeria enganchó a mucha gente con su carisma, [...], R. que no tuvo mucho tiempo, engancha que la gente pregunta. Entonces, es cómo yo me acerco al otro, cómo le doy esa cercanía [...] eso hace que la gente venga y permanezca, y recomienda igual [...] logro que la gente se me acerque y que se enamoren del servicio, por la atención que yo le doy. Entonces, es una cercanía muy sincera con la gente [...] y en el momento me pongo en tus zapatos. No soy el médico o el psicólogo que está aquí, sino soy uno más que te estoy escuchando (Dunia, PCS, 59 años)

La propia Valeria, ratifica lo significativo que fue en su labor el consolidar el vínculo:

...terminaba estableciéndose un muy buen vínculo con cada uno de los casos, digamos que no sé cómo lo hice y ahí está mi personalidad, cómo me involucro

cuando estoy con la persona, pero sí terminamos como teniendo unos vínculos muy estrechos [...]. Para todos ellos terminé siendo una persona a la que sé que pueden acudir, y sé que tengo confianza, y sé que me va a proteger, y, en general, había como la cuestión de que me mandaban mensajes, me llamaban, como muy cercano; entonces, eso permitió que se diera el proceso, como muy agradecidos con lo que se había hecho, con el espacio que se les estaba dando. (Valeria, PE UCAB)

Carlos incorpora el elemento de favorecer el lazo también entre las personas de la misma comunidad, para lo cual describe, cómo se fue dando el proceso de ir acercando a diferentes sectores de la comunidad, aun cuando estuvieran en conflicto, lo cual implicaba ir detectando actores/as claves que pudieran facilitar ese proceso y ello, finalmente propició el acercamiento a la municipalidad:

... unimos los sectores, por ejemplo el sector a con el sector b y así entonces encontramos un sector que pudieran incorporar a otras mujeres que inicialmente eran enemigas y tener cada cierto tiempo una reunión integral, con autoridades e íbamos formando e integrando y así ese fue el inicio de trabajo actualmente el equipo todavía que va, no con tanta frecuencia como antes pero se abrió el trabajo en la calle y ahora la institución es mucho más conocida en el Cairo y empezamos ya no solamente a intervenir en la comunidad sino a nivel municipales. (Carlos, P)

“En SM, la herramienta de trabajo [...] es principalmente la calidad del vínculo” (Jibaja, 2009, p. 24). Este apartado recoge cuatro vías de vinculación en el trabajo de la PCC propuestas por los/as colaboradores/as: desde el/la profesional hacia las personas de la comunidad, entre las personas de la comunidad y los/as psicólogos/as a

través del entendimiento entre ambos, entre las personas de la comunidad incluyendo quienes están en conflicto y de la comunidad y los/as profesionales con otros entes con los que corresponda el trabajo.

Si bien cada colaborador/a ha señalado algunas de estas formas de vinculación, lo relevante es la comprensión de ellas de manera sinérgica, pues todas son importantes para el trabajo en la PCC y mantienen una interconexión, en tanto la propuesta del trabajo es de carácter colectivo. En tal sentido, no puede pensarse sólo desde la díada psicólogo-persona, sin incluir la de las personas de la comunidad entre sí, y a la vez, el contexto comunitario no puede aislarse de otros sectores que tienen que ver de una u otra forma con la comunidad y que pudieran aportar en la construcción del proceso de salud mental de dicha localidad. Lo que se busca finalmente es garantizar la calidad y sustentabilidad del servicio en el lugar.

5.3.3. Participación como eje central para la inclusión: el diálogo y el intercambio en el trabajo de la PCC

El fomentar la participación requiere implicar a las personas empleando estrategias, técnicas y modalidades de trabajo que favorezcan dicho proceso, a fin de que sean ellas mismas quienes tomen las decisiones de manera reflexiva a partir de la problematización de sus circunstancias de vida. De tal manera:

...que no sea algo nada más de los psicólogos y de Dunia [lideresa comunitaria] y de la maestra, que, de algún modo, la comunidad entienda que realmente su participación es igualmente necesaria como la de los especialistas que estén allí trabajando. (Valeria, PE UCAB).

Todo ello, es entonces una visión integrada de trabajo con la comunidad, en donde las personas se convierten en multiplicadores de los procesos participativos, tal como ocurrió en los talleres con niños/as realizados por Karina a partir de los cuales estos niños/as iban movilizandando la participación de sus familias.

Teresita afirma que lo participativo es básico en el trabajo con las comunidades vinculado al carácter clínico de la PCC. En este sentido, Carlos comenta: *“fue una experiencia muy importante para captar que si queríamos intervenir en una comunidad teníamos que pensar no solamente en términos clínicos, sino en términos de tener un espacio participativo, tener una visión diferente del espacio de trabajo”* (Carlos, P).

De igual manera, Marcela expone como, ante todas estas problemáticas de ruptura del tejido social, a los/as profesionales nos toca salir al trabajo con las personas, pues no todas acuden a los servicios de salud y en ese sentido, hay herramientas participativas *“interesantes para pensar en cada territorio cómo trabajar, pero con lo que necesita la gente de esos lugares; sino forzamos algunas cosas, y en nuestro territorio también hay mucha cuestión invisibilizada de interculturalidad”* (Marcela, A).

Ahora bien, la participación es un aspecto a seguir profundizando, ya que, como se ha dicho, debe estar centrado no sólo en la involucración de las personas en las actividades sino en la toma de decisiones, acompañados de espacios de problematización y reflexión. Sin embargo, ello no es tarea sencilla, tal como lo manifiestan Manuel y Marcela:

... ir generando espacios de participación mucho mayores de lo que nosotros logramos, por ejemplo, nosotros nunca logramos que la comunidad opinara sobre los programas, sobre los recursos utilizados [...] sobre el estilo que teníamos, y que eso sería algo a pensar. (Manuel, P)

... porque en general quedamos en la instancia del diagnóstico participativo [...] y de preguntar, pero no abre todo el proceso de desarrollo, respetando los saberes de cada uno, eso me parece más técnico, pero digamos cuando armamos presupuesto, cuando armamos programas, cuando evaluamos, ahí no seguimos con ese proceso de validación con la comunidad, en general todo avanzamos con el diagnóstico [...]. Le damos resultados en el mejor de los casos, socializamos los resultados, pero eso sí, lo tengo como pregunta por ahí esto que te decía de acción-participativa, me parece algo interesante para mirar y para empezar a construir el conocimiento validada por la propia persona con la que trabajamos. (Marcela, P)

Al respecto, el punto de partida estaría en:

... que se propicie la participación activa de la comunidad, que pueda concretar con la población la identificación de sus principales problemas, para buscar soluciones conjuntas; buscar el equilibrio de la comunidad, reconocer la diversidad cultural para la [...] salud mental de la comunidad [...] entender qué entiende la comunidad por bienestar y salud mental, para empezar a trabajar a partir de ahí. (E, PUCP Ayacucho)

5.3.3.1. Conversatorios y grupos de discusión

Teresita rescata los conversatorios y los grupos de discusión para la “toma de acuerdos entre los participantes”, “mucho del trabajo que se hace en clínica comunitaria terminan siendo procesos de reflexión crítica de la vida, de la vida y de

las circunstancias y de la sociedad, pero finalmente procesos de reflexión crítica”
(Teresita, A).

Esta estrategia planteada por Teresita se asemeja a las reuniones comunitarias de discusión-reflexión a las que refiere Montero (2006) para la psicología comunitaria, las cuales son de carácter colectivo, crítico y democrático; pues se busca favorecer la escucha de las diferentes voces de la comunidad. Se emplean para discutir algún problema, tomar decisiones, celebrar algún logro, analizar las acciones realizadas, con sus éxitos y fracasos. Para la autora, sin ellas se pudiera decir que cualquier intervención-investigación no estaría completa dada su importancia.

Si bien esta colaboradora señala el espacio de los conversatorios y grupos, rescato el énfasis que coloca en el proceso de reflexión crítica que correspondería más a un eje central presente en todo el desarrollo del trabajo de la PCC, que debe tenerse en cuenta en la ejecución de cualquiera de las estrategias planteadas, así esta estrategia lo que permite es abrir el espacio formal para que se genere y concrete este proceso transversal de reflexión crítica.

5.3.3.2. Estrategias psicoeducativas

Los talleres y capacitaciones son mencionados como una de las modalidades más empleadas por los/as profesionales (Javier, Carlos, Karina) para trabajar diversas temáticas. Del mismo modo, tienen gran aceptación por parte de las personas de la comunidad, quienes usualmente solicitan se les capacite en algún área o se haga algún taller para la comunidad. Se requiere que estas actividades sean didácticas, con el apoyo

de diapositivas, videos, papelógrafos y ejercicios que permitan el intercambio y la comprensión de los contenidos trabajados. A diferencia de los conversatorios, hay un tema específico a desarrollar a través de información, pero manteniendo la mirada participativa y reflexiva que conduce a una construcción colectiva.

Estas actividades se plantean para diversos grupos etarios y para personas con diferentes roles en la comunidad, de tal manera que en algunos casos son talleres puntuales sobre una temática concreta y en otros casos se programan los talleres a modo de capacitaciones para alguna población particular que tienen un rol específico dentro de la comunidad, por ejemplo, líderes/lideresas y promotores/as de salud. En algunos casos, comenta Karina, los talleres complementan el trabajo de acompañamiento, haciendo educación en derechos para las víctimas de violencia que deben presentar su caso ante el poder judicial.

Karina y Carlos nos explican cómo las capacitaciones han sido muy útiles también para equipos que laboran en la zona o que están vinculados a la problemática con la que se está trabajando, de tal manera que ello facilita algunas acciones con la comunidad. Estas capacitaciones permiten, sensibilizar y brindar conocimientos técnicos, así como que se despliegue el proyecto en zonas alejadas, donde algunos equipos especializados no pueden llegar o permanecer por el tiempo que se requiere.

Estas capacitaciones también se utilizan para los equipos de profesionales, lo cual resulta particularmente significativo, pues facilita la incorporación de la mirada clínica-comunitaria en psicólogos/as cuya formación es usualmente clínica tradicional. Ello tiene además una injerencia en las políticas públicas, a través del impacto que se

va generando en los/as profesionales y en las instituciones en las que se desempeñan, con las cuales es necesario hacer alianzas. En el caso del manejo con las víctimas del conflicto armado interno, Carlos nos comenta:

... lo que hicimos fue trabajar dentro del ministerio público con un equipo de psicólogos y psiquiatras dentro de medicina legal para hacer una guía que ayudara paso a paso al perito para que pudiera hacer un mejor peritaje, le dan una evaluación y una documentación más profunda al caso[...]. Cada cierto tiempo hacemos talleres con jueces y fiscales para que lo tengan, saber cómo pedir, cómo leer un informe psicológico y puedan tener mayor facilidad para comprender la información. (Carlos, P)

En este conjunto de actividades psicoeducativas, se encuentran las campañas y charlas de información y sensibilización en SM (violencia y maltrato, depresión, consumo de drogas, embarazo adolescente, “cómo ser buen papá”, empatía, autoestima), acompañadas de materiales impresos para “*darle solución propia a eso, y de acuerdo a la característica o a la problemática*” (Javier, P), todo ello a partir del diagnóstico con cuestionarios y las informaciones que se van recibiendo directamente de las personas e instituciones en la comunidad. En los colegios estas actividades formaron parte de un plan anual, en alianza con la municipalidad, denominado “*pensamiento saludable*” (Javier, P) y la convocatoria a los padres se hacía a través de visitas en las casas y los talleres se daban en el centro comunal de cada centro poblado (Javier, P).

Las personas de la comunidad, al preguntarles qué otras actividades se podrían desarrollar desde el centro, mencionan “*talleres con participación de la gente para unir*

a la comunidad, que las mamás se integren más, [...] pueden servir para mejorar la salud mental de las personas y el modo de pensar y actuar de algunas personas” (Lucero, C, 28 años); talleres de capacitación para adultos (manualidades, computación), así como, *“jornadas de salud para mamás, niños, padres, para que nos ayuden a las personas que tenemos problemas”* (Alexia, C, 37 años).

Alba incluye los espacios de orientación y deporte para los niños, para que *“mantengan la mente ocupada y eso es muy sano [...] para que no se desorienten”* (Alba, C, 65 años).

Esta estrategia, siendo una de las más solicitadas, es valiosa para socializar la información a la vez que producir conocimiento conjunto sobre temáticas de interés colectivo. Sin embargo, aprecio que se debe manejar cautelosamente, para no abusar de su puesta en práctica sin sentido alguno para el desarrollo comunitario. Es decir, se debe cuidar no se convierta en un trabajo de educación bancaria, en el que se traten diversidad de temas que no suman al proceso comunitario o que no son discutidos lo suficiente como para que sean digeridos e incorporados en la vida cotidiana de las personas y el colectivo.

5.3.3.3. Recursos artísticos y lúdicos.

Para Tesania,

Lo clínico comunitario te va a permitir un abanico de posibilidades que abre un poco más la cancha desde lo social comunitario, nosotros trabajamos muchísimo con el arte, la música, el teatro y con un montón de recursos lúdicos,

artísticos que son como bien importantes y que no necesariamente estaban dentro de la experiencia de un psicólogo social comunitario. (Tesania, A)

Disiento de que el empleo de lo lúdico y artístico no esté considerado en las experiencias de la PSC, más bien considero que este ha sido un elemento común en la práctica del quehacer de la psicología clínica y la psicología social comunitaria y que se evidencia como una estrategia potente en el trabajo clínico-comunitario.

Tal vez la población que ha exigido la presencia de este tipo de estrategias en el trabajo de los/as diferentes profesionales de la psicología y de las ciencias sociales han sido los niños, niñas y adolescentes, lo cual queda claro, por ejemplo, en la explicación que hace Karina, respecto de cómo en sus talleres con niños/as estas son herramientas claves para generar reflexión y problematización y trabajar temas tan profundos como el trauma transgeneracional producto del CAI.

Sin embargo, las personas adultas también valoran este tipo de actividades porque de igual manera les permite entender con menor dificultad ciertos contenidos además de facilitar fluyan de manera espontánea preocupaciones que les son difíciles manifestar, construyendo un ambiente flexible para que emerjan modos de afrontamiento (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010), pues como proponen Escribens et al. (2008):

El juego sirve como un medio de conexión y de expresión a partir del cual luego podemos dar paso a la palabra, pero no desde un tema específico sino desde lo cotidiano, desde el humor, desde la anécdota, desde la vivencia propia de cada una de las mujeres que luego van reflexionando sobre vivencias que observan

en su comunidad, algunas con las que se encuentran a gusto, algunas con las que no se sienten bien. (p.59)

5.3.4. Acompañamiento individual y colectivo

Dos formatos de acompañamiento son presentados por algunas de las entrevistadas: individual y colectivo.

Karina plantea como emplean esta estrategia a nivel individual en el caso de las víctimas de violencia, para darle seguimiento a sus casos ante las instancias legales y para ello, trabajan *“en alianzas con otras instituciones, que trabajan en determinados sectores con población víctima y ellos nos acercan a estas personas”* (Karina, P)

Elena propone el acompañamiento, como una estrategia acorde con el rol de facilitador/a que se plantea en la PCC:

Creo que las comunidades, sean geográficas o sean virtuales, van generando prácticas que puedan ser más saludables, pero no sé si podría decirse que unas tienen nivel 1, otro nivel 2, otras ya se escuchan, otras ya comportan, otras están ya en otro tipo; creo que la labor sería más acompañando donde estén estas donde estén y en los espacios en los que estén, de tal manera que ellos puedan ir este no solamente nosotros vayamos con algo prefijo no, algo dicho.
(Elena, PE PUCP)

Sea que se plantee para atender la situación de una persona en particular o el proceso de la comunidad como colectivo, el acompañamiento para la PCC supone el estar con la persona, grupo o colectivo para aquello que requiera, de acuerdo al proceso que esté viviendo. Ello implica la observación y escucha activa permanente del proceso del acompañado/a, pues la actuación de quien acompaña (pudiera ser un/a pcc o una

persona de la comunidad), puede ser la de contener, ayudar, informar, esclarecer. En definitiva, se busca fortalecer a quien se acompaña para que continúe en su proceso hasta resolver la situación o alcanzar la meta, con la seguridad de que no está solo/a.

5.3.5. Dispositivos de trabajo grupal

En el caso de Chile, Agustín comenta como ante las problemáticas de salud mental, usualmente, la atención es de tipo clínica y ligada a un dispositivo de salud, aunque la situación de salud mental es de carácter colectivo.

Entonces el trabajo que nosotros estamos intentando hacer es salir al territorio, en lugar de esperar que la gente llegue a las instituciones y en el fondo generar espacios fundamentalmente de autoayuda o dispositivos de trabajo grupal. Dentro de un esquema de salud familiar [...], las maneras de abordarla, son, además de los elementos clínicos, muy necesarios, individuales, también con formas de trabajo donde las personas puedan tener espacios de encuentro donde las personas puedan contar la elaboración que están haciendo de situaciones estresantes que afectan a todo el mundo.
(Agustín, A)

Las participantes del proyecto de Koh Yah y Castillo León (2014), mostraron como los espacios grupales cumplían un rol terapéutico y reflexivo: “Aquí, siento que me está ayudando porque escucho y puedo expresar, y traes preguntas que me hacen reflexionar, y es continuo (Rocío, 20 de febrero de 2010)” (Rocío, como se citó en Koh Yah y Castillo León, 2014, p.127).

En el caso de poblaciones que han afrontado situaciones traumáticas este trabajo grupal puede permitir de manera inicial romper con el aislamiento de las

personas y potenciar algunos recursos hasta fomentar la organización colectiva a través de la generación de acciones comunitarias desde los propios afectados (Pérez Sales y Fernández Liria, 2016).

Si bien los dispositivos de trabajo grupal resultan ser muy potentes, como se evidencia en la cita anterior, también corresponde contemplar algunos aspectos o circunstancias que hacen que estos en oportunidades traigan consigo algunas complicaciones. En este sentido, Pezo del Pino y otros (2008) comentan que se debe tener cuidado con el “perímetro de intimidad” que determina la composición de los miembros de un grupo, pues, por ejemplo, la familia genera su propio perímetro. De tal modo, no se debe suponer que, por sufrir una problemática semejante, una comunidad o grupo tiene la intimidad preestablecida, pues más bien, en ocasiones, en comunidades la homogeneidad y vecindad pueden ser un obstáculo para la intimidad.

En esta línea, Montero y Goncalves-de Freitas (2010) expusimos cómo en la comunidad en la que trabajábamos, al referir a las situaciones de duelo, inicialmente los talleres psicoeducativos y vivenciales no resultaron los más apropiados, pues las personas manifestaron miedo a revivir situaciones dolorosas, que reditaban frecuentemente en la vida cotidiana y desconfianza hacia otros/as participantes del grupo, quienes podrían denunciarles, dado que en este caso se trataba de duelos por muertes producto de la violencia comunitaria. De igual manera, temían dejar solos/as a los/as hijos/as en casa para asistir al sitio donde se realizaba la actividad, dadas estas condiciones de violencia en la comunidad. Posteriormente, se constituyó un grupo de

mujeres con el cual, en el marco de una modalidad más abierta a la que se denominó “grupo de escucha”, pudimos manejar esta temática del duelo comunitario.

5.3.6. Cotidianeidad en la PCC

Desde nuestra formación convencional, además de imaginar nuestro quehacer en un ambiente físico determinado, también lo suponemos en un momento particular destinado para tal fin. Sin embargo, quienes trabajamos en el ámbito comunitario, sabemos que en los momentos de la cotidianeidad de las personas es cuando emergen los diálogos más interesantes y los contenidos más profundos, incluyendo aquellos que tienen que ver con temas difíciles, hechos traumáticos y situaciones que generan sufrimiento.

En estos espacios cotidianos las personas se sienten más cómodas, relajadas y en confianza, ya que estamos compartiendo parte de su momento de vida. En las visitas domiciliarias, por ejemplo, no entrar directamente a hablar de estos temas, sino que comparten en torno a sus quehaceres (Jibaja, 2009). Al respecto, Valeria nos comenta su experiencia con niños y niñas en la comunidad en la que realizaba su práctica:

Yo no hice nada, y entonces empezaron a hablar de sus cosas y fuerte, que como el papá lo abandonó, cómo el papá el otro día le pegó hasta no sé qué, cómo el papá y la mamá no sé qué, historias muy violentas, y muy difíciles de escuchar y que estos niños lo describan como su día a día, pero entonces ellos mismos se pusieron a hablar de su día a día y entre ellos, pero son diálogos que no se dan en otro contexto, yo no lo observé naturalmente en el refuerzo escolar, pero allí se propició naturalmente. (Valeria, PE UCAB)

Esta forma de quehacer puede darse tanto en el trabajo individual como grupal, y en diversidad de actividades como las labores del hogar, los juegos libres de los/as niños/as y jóvenes en la comunidad, las celebraciones o reuniones comunitarias, el compartir un café o en algún transporte, tal como comentaba Javier, que cuando iba en el transporte público y se encontraba alguien que había atendido, aprovechaba para hacerle seguimiento, preguntándole cómo iban las cosas y si observaba alguna recaída le invitaba a visitarlo en el centro de salud para seguir conversando.

Escribens et al. (2008) coincide en que, el convivir con la comunidad en distintos lugares y momentos, “ha traído como consecuencia que dejemos de lado la idea de que el trabajo terapéutico se da sólo en espacios como una atención psicológica o un taller, sino que, al compartir espacios colectivos como las fiestas, las asambleas comunales, el acompañar, caminar, jugar, estamos siempre frente a espacios terapéuticos que se activan en el momento en que se da el intercambio, el encuentro con otro, a veces individual, a veces colectivo” (p.55).

Por su parte, Jibaja (2009) plantea como en sus proyectos descubrieron que era importante no cerrar la puerta del consultorio porque ello generaba desconfianza, siendo la plaza o cualquier espacio abierto de la comunidad propicio para la consulta.

A partir de la cotidianeidad pueden además construirse técnicas o proyectos vinculados a la realidad de las personas, tal es el caso de la técnica de “La Alcabala” ya descrita en el marco referencial, la cual fue creada de manera espontánea por un grupo de mujeres que semanalmente tenían un encuentro grupal en compañía de dos pcc para dialogar acerca de distintas temáticas de su interés, entre ellas el duelo, por la

pérdida de sus hijos producto de la violencia comunitaria. Uno de los días de la reunión, se encontraban, junto a los/as facilitadores, en la entrada del lugar donde realizaban la actividad, a la espera de las demás compañeras para iniciar; de pronto comienzan a relatar, de manera informal, a los facilitadores cómo ocurrió la muerte de su hijo, y en la medida que veían en la calle a alguna de sus vecinas que hubiera pasado por una situación similar le pedían se acercara y contará su historia, allí en la calle comienzan a concurrir estas mujeres y juntas compartir sus experiencias y trabajar su duelo (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

En esa misma comunidad, de cuya experiencia formé parte, en algunas oportunidades al caminar con algunas de estas mujeres por la localidad, nos llevaban a los lugares en los que había ocurrido uno de estos hechos violentos y allí conversábamos al respecto y expresaban sus emociones. En estos momentos de su cotidianidad las experiencias fluían de una mejor manera y les era más sencillo afrontar la situación.

5.3.7. Actividades colectivas y redes comunitarias

En línea con la valoración de la cotidianidad, una estrategia significativa para la PCC es incorporar su trabajo dentro de actividades colectivas propias de la comunidad, así como, promover las redes comunitarias. Esto además de fortalecer la autonomía y organización de la comunidad, establece líneas de trabajo conjunto, potenciando el buen vivir o la salud mental de las comunidades, sin olvidar como

expone Elena (PE PUCP), la relevancia para el fortalecimiento que “*ellos mismos se convoquen, acudan, se escuchen, compartan, se digan...*”.

Como explica Isabel:

Estas acciones colectivas para mejorar su comunidad u organizarse para alguna celebración, entre otras cosas se debe asociar a la noción de bienestar, cuidado y equilibrio vinculado a la salud mental. Una cuestión más orgánica que de un servicio externo que, además, se dedica a esto sistemáticamente, sino que más bien se transversalice en las propias sesiones de la comunidad. (Isabel, PE PUCP)

En este sentido, la idea de apoyo social (Montero, 2010) ya descrita en el marco referencial, encaja claramente con estas estrategias planteadas por las colaboradoras, en tanto a través de estas pueden evidenciar los intereses comunes de las personas y potenciar la solidaridad de los mismos. Esto puede emplearse para atender las situaciones problemáticas de la comunidad y prevenir situaciones negativas para la salud mental de las personas, a la vez que potenciar los recursos que pueden fortalecer dicha salud mental. De tal manera, que las redes sociales se constituyen como dispositivos generadores de la acción comunitaria como agencia terapéutica.

5.3.8. Reflexión y procesamiento en torno al trabajo

Todas las estrategias mencionadas deben acompañarse de las reuniones de los equipos de trabajo para reflexionar, así como emplear herramientas para ir evaluando y sistematizando la experiencia, en tanto es una labor llena de detalles y aspectos a contemplar. Esta idea es aportada por Valeria de la siguiente manera:

Muchas reuniones con Dunia [promotora comunitaria], muchas reuniones entre el equipo, entrevistas, en la medida de lo posible, a quien está allí recibiendo el servicio, hay como que mucho conocer el entorno e ir generando estrategias con los recursos que se tienen, ir probándolo, y es un continuo revisar y pensar lo que está pasando, lo que está haciéndose, y probablemente eso dé frutos rápido [...] todo lo que pasaba era como para estar allí todos los días, y darle, trabajando pues, organizando ideas, planteando reuniones, o sea, toda una organización estructural de organización que te permitiera abordar todos los campos. (Valeria, PE UCAB)

El registro que uno hace en una sesión normal es pertinente, pero aquí es desde que uno llega a la comunidad, qué cosas observas, cómo es cada conversación por teléfono, si llega a ver, cómo son los mensajes, cuando ves a la mamá, que hay cosas que dice, o desde que la persona llega y se comunica con Dunia, y va contigo, qué es lo que pasa; pasan muchas cosas que no pasan en otros contextos, y obviamente hay que verlos. (Valeria, PE UCAB)

Hemos revisado una serie de estrategias para el desarrollo de la PCC que han sido propuestas por los/as colaboradores/as de este estudio, sin embargo, ello no significa que es un listado exhaustivo, pues tal como comenta un estudiante de PCC de la UCAB:

Cualquier cosa que uno pueda llegar a imaginar se puede llegar a utilizar si está fundado [...] hacia las necesidades que ellos están exponiendo, [...] y pensándolo, ajustándolo a esa población en específico o a ese contexto, puede llegar a ser una buena estrategia. (E, UCAB)

Existe similitud entre las estrategias expuestas acá por los/as colaboradores/as y las planteadas en el marco referencial, aludiendo incluso a esta influencia de la

psicología clínica y la psicología comunitaria en el planteamiento de las herramientas, en la cual la Terapia para el Encuentro (Góis, 2012), ya explicada en el marco referencial se convierte a mi modo de ver en una actividad integradora de los elementos procedentes de ambos campos; incorporando lo terapéutico, lo grupal, lo reflexivo y lo participativo.

Aunque se pudiera suponer que esta coincidencia obedece a que los profesionales han revisado la literatura, yo no creo que sea el caso, dado que los únicos que han estado expuestos a esta literatura son los académicos. En mi opinión, estos profesionales traen el aprendizaje de las estrategias a las que han tenido acceso en el pregrado y postgrado acorde a cada formación, pero luego sus aproximaciones al campo le han llevado a replantearse su aplicación, conduciéndoles a ir proponiendo estrategias resignificadas o algunas alternativas, muchas de ellas han emergido con la facilitación de las propias personas de la comunidad.

En la PCC las estrategias son transformadas en su adecuación a las circunstancias, pero de manera interesante el proceso creativo que implica dicha adaptación genera transformaciones en las propias personas involucradas en el proceso en tanto son interpeladas por las propias estrategias.

Tal vez puede ubicarse una diferencia en torno a la involucración con la comunidad y lo terapéutico, en tanto los/as colaboradores/as lo consideran una estrategia que se emplea en el momento que se consideré pertinente. Mientras que la literatura los muestra como momentos del trabajo clínico-comunitario a la manera de un método, siendo cada una de estas dos estrategias un paso o etapa en el trabajo.

Las experiencias vinculadas a la PCC, incluidas en el marco referencial, revelan de igual manera coincidencia con lo propuesto por los/as colaboradores/as, trasluciéndose también un continuo entre aquellas estrategias más cercanas a lo clínico o a lo comunitario y aquellas que muestran una confluencia entre ambos.

Entre las más cercanas a lo comunitario, encontramos la formación y capacitación de promotores/as comunitarios/as (Arellano et al., 2015; Pérez y Jibaja, 2009; Pérez y Wurst, 2013; Villa Gómez et al., 2016) y de organizaciones locales (Pérez y Wurst, 2013), así como la conformación de redes locales (Arellano et al., 2015; Pérez y Wurst, 2013).

En cuanto a las estrategias ligadas a lo clínico, se incorporan los espacios de psicoterapia individual y de consejería (Fernandez Cid et al., 2014; Gaspar, 2015; Koh Yah y Castillo León, 2014; Pérez y Jibaja, 2009), que, usualmente, son complementarios a las otras estrategias mencionadas.

Por otra parte, también se utilizan las reuniones o sesiones grupales, que parecen ubicarse en el punto de encuentro entre lo comunitario y lo clínico, pues se constituyen como espacios reflexivos de intercambio, a veces terapéuticos, que apuntan al fortalecimiento de capacidades (Da Silva y Martinez, 2015; Márquez, 2008; Morillo, 2006; Pérez y Wurst, 2013; Torres, 2009).

De otro lado, en ocasiones, se encuentran estrategias más particulares y diversas como la incorporación de elementos lúdicos (Villa Gómez et al., 2016), de espacios artísticos (Márquez, 2008; Villa Gómez et al., 2016) o de estrategias psico-educativas (Arellano et al., 2015; Morillo, 2006).

Un aspecto que aparece nuevamente, en el discurso de los/as colaboradores/as, es la necesidad de que los/as pcc y las personas de la comunidad trabajen de manera conjunta, partiendo del reconocimiento de los códigos de ambos para juntos hacer un ejercicio permanente de evaluación de las alternativas y estrategias de trabajo, a fin de considerar aquellas que son más adecuadas de acuerdo al contexto y el momento, tanto de la comunidad como de quienes integraran un grupo de trabajo en particular dentro del colectivo.

Un ejemplo de ello me ocurrió cuando, en una comunidad en la que trabajé con el tema de violencia-duelo, nos disponíamos a hacer la socialización de los resultados de esa etapa. Desde la PCC la convocatoria a la mayor cantidad de personas de la localidad para dar a conocer lo realizado y continuar promoviendo la participación era lo ideal; sin embargo, las lideresas nos aterrizaron a que debíamos hacer la actividad por separado en cada sector, ya que los miembros que están en conflicto no podrían ir al sector contrario, pues se colocan en riesgo ellos/as y las demás personas.

Finalmente, al entender de manera integral las estrategias planteadas por los/as colaboradores/as, se observa como estas se entrecruzan de alguna manera, pasando de lo individual a lo colectivo, de lo más terapéutico a lo participativo y fortalecedor. De este modo, si bien son formas de aplicación que al revisar cada una tiene cierta independencia, al leer una tras otra comienzan a conectarse, dándoles un carácter de transversales y de inseparabilidad.

Así, puede darse un mayor énfasis a una estrategia en un momento dado, pero esta requerirá de los elementos de las otras, pues pensar lo terapéutico desde la PCC no

dejará de incluir lo reflexivo, lo participativo y la visión de colectivo en el marco de la propia cotidianeidad de las personas. De igual manera, trabajar desde las redes sociales, los dispositivos grupales y participativos no podrán obviar el contenido terapéutico que en ellas se encuentra.

Koh Yah y Castillo León (2014) muestran como, en su proyecto, la reflexión y participación no sólo formaron parte de los espacios de trabajo grupal sino también de aquellos de psicoterapia individual, que fueron solicitados por las participantes. De esta manera, se incorporó a modo de evaluación “las reflexiones manifestadas por las participantes en cuanto al trabajo terapéutico realizado, el papel de la psicóloga en su rol de terapeuta y los avances obtenidos” (p.125).

En el Perú, la experiencia con las mujeres tejedoras para el abordaje de las secuelas del CAI da cuenta de esta integración de estrategias que podemos apreciar en la PCC, donde a partir de una actividad cotidiana como lo es el tejido se facilita el encuentro de las víctimas secundarias de la violencia en un espacio en el que puedan expresar sus experiencias y dolor, tal como ocurrió en el proyecto conocido como la Chalina de la Esperanza, impulsado por Paola Ugaz, Marina García Burgos, y Morgana Vargas Llosa.

Es una experiencia en la que familiares de los desaparecidos en el CAI tejieron una chalina gigante (un kilómetro aproximadamente) de manera conjunta, lo cual se empleó como un espacio a través del cual podían juntos procesar el dolor de años por la ausencia de sus seres queridos. Esto además servía como muestra pública de lo sucedido en el Perú para construir la memoria colectiva.

El proyecto se creó como una forma de acompañar a estas personas en su dolor, el tejido las une porque es una práctica que comparten, pero además no están solas en su dolor porque comparten también el tener a un familiar desaparecido. Se van juntando mujeres de una misma zona para tejer; cada mujer teje lo que han denominado una ficha, un tejido de un tamaño A4, en el que eligen el color, si quieren escribir el nombre de su familiar desaparecido, la fecha en la que desapareció y si desea algún mensaje para él, cada una tiene libertad de lo que considere estampar allí. A la par que van tejiendo van intercambiando entre ellas y apoyando en la escritura y el tejido, de este modo van siendo reconocidas ellas en su dolor y su familiar desaparecido al quedar plasmado allí. Estas fichas se van uniendo para construir la gran chalina, y recoge el trabajo de las distintas zonas a las que pertenecen estas mujeres (Ugaz, 2015).

5.4. Niveles de Intervención

Uno de los temas que aparece en la palestra al hablar de PCC es si su prioridad es el trabajo individual o grupal. Algunas de las entrevistadas (Teresita, Karina, Tesania y un par de estudiantes de la UCAB) expresan que el trabajo ha de ser principalmente grupal. Ello no significa que no existe la preocupación por la persona y de hecho se le debe atender, pero ello no implica hacer terapia. No se descarta la posibilidad de algunas atenciones individuales en los casos que se requiera, *“pero si no es necesario no hay que hacerlo porque estaría perdiendo recursos ahí”* (Tesania, A).

Es interesante desde la PCC, lo que sugiere Marcia respecto de que es necesaria la intervención individual de casos específicos que impactan en la comunidad o

“cuando tienes alguien del grupo que [...] tienen cierta dificultad y te acercas, conversas” (E, UCAB). En tal sentido, Teresita aclara que la prioridad:

... nunca es la terapia individual, muy rara vez, si ha habido casos en que las personas nos pidan no, alguna atención individual, y no se niega desde luego, pero tampoco se promueve como que vamos abrir un consultorio y entonces que las personas vengan, no, sino siempre son procesos grupales, procesos que se llevan entre y hacia afuera y que si alguien en algún momento requiere por su circunstancia, alguna situación muy específica que requiera un tratamiento individual, bueno se hace, pero es como que la excepción, no la regla. (Teresita, A)

Para Carlos, depende de las instituciones, dado que para algunas se trabaja de una u otra forma. Desde su mirada, una intervención clínica no excluye una comunitaria, pero:

Lo clínico puede intervenir, pero si es que parte de un programa mayor, entonces lo clínico se dedica cuando hay la pertinencia de parte del equipo comunitario, como por ejemplo esta persona tiene una psicosis que está dentro de la comunidad y hay que hacer una intervención. (Carlos, P)

En este sentido, Karina comenta que privilegian la atención grupal “pero si también hay quienes necesita una intervención más individual, nosotros vamos e intervenimos con ello” (Karina, P), pues como expresa César “hay una cosa que es innegable, hay muchos dolores que son absolutamente individuales, [...] yo creo que los dolores individuales merecen una atención individual” (César, A).

Una estudiante de PCC de la UCAB ha realizado el proceso de manera inversa, pues en el marco de su consultorio *“muchas veces cuando llegan varios niños con el mismo motivo de consulta, yo los incorporo a todos juntos en el consultorio, y hago como una intervención ya más a nivel grupal”* (E, UCAB).

Desde mi perspectiva, considero que el trabajo clínico-comunitario es más potente desde lo grupal porque se busca entender la situación y construir un abordaje que es similar al colectivo, aunque existan particularidades en la subjetividad de cada uno/a de los/as involucrados/as.

De este modo, la oportunidad de generar relaciones de apoyo mutuo y fortalecer a la comunidad es el mayor aporte de la intervención grupal. No obstante, ello, no suprime la utilidad de un abordaje individual, siempre que no se pierda la esencia de la concepción de lo clínico-comunitario, que aún en el trabajo con una sola persona incorpora lo contextual y la construcción intersubjetiva como base. Las estrategias antes descritas, a mi modo de ver, muestran esta intersección en el trabajo con las dimensiones individual y grupal en el marco del sentido comunitario que estas puedan tener.

Tengo la impresión de que las ideas señaladas, en este apartado, por mis colegas demarcan la presencia de dos tipos de intervención, más que la dimensión clínica-comunitaria como tal, lo cual puede evidenciarse en la afirmación que hace Karina de que *“en el centro es donde se hacen las funciones individuales”*, remitiéndonos a pensar la atención individual dentro de la clásica figura del consultorio, lo cual es perfectamente prescindible desde lo clínico-comunitario.

En este orden de ideas, en la investigación de Balda (2006) los/as egresados/as de la especialidad de PCC, cuya ocupación principal es la psicoterapia, demarcan que tienen ahora una nueva mirada. Si bien coincido con esto, considero que no todos los casos que llegan a la consulta clínica o psicoterapéutica requieren un abordaje clínico-comunitario, tal es el caso del manejo del duelo de alguien por la muerte de un familiar por un tema de salud particular, a diferencia de uno que ha muerto por un asesinato en un enfrentamiento entre bandas en una localidad, en una manifestación política o víctima del coronavirus en el momento actual. El primero está relacionado a elementos propios de esa familia, los siguientes están atravesados por condiciones sociales que hace que diversas personas vivencien ese duelo como una experiencia colectiva, lo cual ya he ampliado en apartados anteriores.

Respecto del trabajo grupal, rescato en total acuerdo con César que *“uno no trabaja con toda la comunidad, trabaja con grupos de personas, con rostros y con nombres no es con el grupo total y yo creo que es una de las cosas donde a veces se equivocan en el trabajo con la comunidad”* (César, A).

En esa modalidad grupal existe, además, una diversidad de personas, por lo que se pueden establecer grupos específicos para trabajar (niños/as, adolescentes, mujeres, líderes/lideresas, entre otros); esto favorece, como lo plantea Teresita, el fortalecimiento de alianzas con y en la comunidad, tal como fue mencionado por Carlos, así como, el apoyo mutuo entre las personas.

Finalmente, Karina trae a colación la importancia del fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, lo cual, desde una mirada clínica-comunitaria, debe

tenerse siempre presente, aun cuando se esté trabajando a nivel individual o a nivel de grupos específicos, pues justamente ello es lo que permite la incidencia en el ámbito social y de las políticas públicas, lugar esencial de la dimensión política de la PCC. En sus propias palabras:

Cuando trabajamos en nivel individual o de grupos con beneficiarios que digamos sea una intervención más terapéutica, pero también hacemos un trabajo del fortalecimiento de las organizaciones de víctimas y grupos organizados de mujeres, donde se les enseña a hacer incidencia, a tocar puertas, hacemos un poco de educación en derecho, que ellos se apropien de sus derechos y los reclamen. (Karina, P)

La experiencia por ejemplo de C nos mostró que había intervenciones en diferentes dimensiones, si quieres, por ejemplo, un marco ecológico donde pasabas por lo individual, pasabas por lo vincular, y pasabas por lo institucional, y que todo eso tenía sentido realmente para una intervención realmente más completa en una problemática como la violencia. (Manuel, P)

Iris coincide con Manuel no sólo en que hablan del mismo servicio, sino en que es acertado trabajar en los distintos niveles:

Me parece bien la atención individual, en donde yo vengo, presento mi situación y soy atendida; a nivel comunitario, [...] que los psicólogos venían una vez a la semana y apoyaban con los niños, tenían un espacio con los niños. Es un espacio necesario, lo requiere la comunidad, quizás no se utiliza de manera amplia, creo que puede influir de manera positiva, cambiando el trato comunitario, porque luego se reunían con nosotros los facilitadores y con Dunia y se lograba unir las ideas, los criterios, se lograba que el trabajo fuese

más sustancioso, creo que eso es lo que los chicos necesitan y mucho. (Iris, C, 30 años)

De manera similar a las modalidades de trabajo antes presentadas, se hace presente la discusión de cuáles han de ser los niveles de intervención priorizados para la PCC, dentro de los considerados clásicamente en el campo de la salud: promoción, prevención y atención.

Tal como expresa Agustín respecto de la PCC: *“el trabajo privilegiado es con la idea de la promoción, la calidad de vida, la salud positiva, en relación a un sujeto que puede estar teniendo una situación particular”* (Agustín, P).

Si bien el énfasis en las capacidades de las personas y la búsqueda de su potenciación, dan cuenta de la importancia de la promoción y la prevención, la pertinencia de la PCC en el abordaje al sufrimiento, nos lleva necesariamente a la atención, por lo tanto, como lo expresa Tesania *“un psicólogo clínico comunitario va trabajar también en promoción, prevención y atención”* (Tesania, A). Ahora bien, más allá de ello, me resulta interesante la propuesta de César de la atención y prevención como complementarias, dado que:

Toda prevención es atender y a su vez, toda atención es prevención [...] tu atiendes a una familia y al atender esa familia estas previniendo que sabes cuantas cosas puedan pasar, tú ya vienes previniendo cuando te reúnes con ellos porque la gente habla del problema, y habla de con el otro, y en toda intervención alerta a su comunidad. (César, A).

En su ejemplo, rescata a las personas como seres sociales y como agentes de cambio en el marco de una relación intersubjetiva con quienes comparten un espacio colectivo, como lo es la comunidad. Este es para mí un aspecto esencial para la PCC.

Los niveles señalados por los/as colaboradores/as coinciden con los referidos en la literatura relativa a la PCC, como está descrito en el marco referencial. Por un lado, la clasificación empleada en el ámbito sanitario (promoción, prevención, atención) que supone el momento en el que se encuentra la problemática a trabajar y que es la más utilizada en el ámbito de salud desde diferentes campos (Bustamante, 2008; Montero, 2010; Pezo del Pino y otros, 2008). De otro lado, la consideración del tipo de sistema que se aborda, es decir: individuo, familia, grupo, comunidad, institución (Balda, 2006; Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Ninguno de los/as entrevistados/as menciona los niveles propuestos por Montero (2010) centrados en el tipo de problema que se requiere atender: nivel de intervención comunitaria y nivel de intervención clínica-comunitaria. El primero destinado a los procesos de organización comunitaria, fortalecimiento comunitario y al desarrollo de redes de apoyo, en el marco de la comprensión de que la salud mental está vinculada al entorno y, en este sentido, es posible transformarla.

El segundo nivel, focalizado en aquellos trastornos producto de los efectos del propio contexto comunitario, tales como el malestar social, la depresión socializada en la vida cotidiana, la pérdida de expectativas sociales y las ilusiones que se perciben sin porvenir. Se podría decir que el nivel comunitario se puede asociar con la promoción y la prevención y el segundo, con la atención, en los cuales no se especifica los sistemas

a atender, pero que se podría intuir que el primero aborda los ámbitos más colectivos y el segundo el individual y el de grupos pequeños como la familia, aunque se incluya al colectivo en el apoyo de la atención.

Si bien hay acuerdo en el planteamiento de estos niveles, cabe señalar que para efectos de la PCC nos toca problematizar el lugar que se le está dando a los mismos, pues si los tomamos del modo cómo se manejan usualmente, seguimos reproduciendo patrones dicotómicos entre lo clínico y lo comunitario. En este sentido, vale la pena la siguiente cita:

...es de destacar que la formulación original de APS introduce ya una división -hoy clásica- entre promoción, prevención (en todos sus niveles) y atención, indicando técnicas y procedimientos específicos para cada una. Esta división entre estrategias, si bien ha tenido el objetivo histórico inicial de romper con la lógica puramente asistencial, muchas veces ha contribuido a reforzar la división a la que hacemos referencia en este escrito, homologando la intervención “comunitaria” con las estrategias de promoción y prevención, y lo clínico-asistencial con la atención individual. De acuerdo a ello es que perspectivas más integrales cuestionan la división que se ha hecho de estas prácticas y su funcionamiento en tanto compartimentos estancos, sin relación ni articulación (Bang et al., 2020, p.57-58)

En total acuerdo con las autoras de esta cita, es menester revisar la manera como estamos incorporando estas clasificaciones, pues tal vez sea complicado establecer estas divisiones, pues nuestras realidades complejas, hacen que a la vez que vamos promoviendo estilos sanos de vida para las personas y las comunidades, vamos mitigando los efectos de las circunstancias de vida sobre la salud mental y

acompañando el sufrimiento y malestar generado en estos contextos. Son niveles que parecieran ocurrir de manera sincrónica y no como compartimientos en la vida de las personas, lo cual nos lleva a pensar en una ruptura de la estructura de los niveles de intervención para la PCC, pues su esencia se genera en el continuo promoción-atención, individual-comunitario, o más bien en la espiral de estos niveles.

De esta manera, continuando con el ejemplo de la Chalina de la esperanza, existe un sufrimiento generado por la desaparición de un familiar, pero esto es una vivencia tanto personal, como familiar y comunitaria, e incluso, representa a un colectivo mayor que ha vivido esta situación en diferentes zonas del país. La invitación a participar en el proyecto favorece la posibilidad de elaborar y trabajar este sufrimiento en lo propio, al colocarlo en su ficha particular, pero también a nivel grupal con quienes están en la misma labor y que les permite compartir las experiencias y apoyarse en sus propias elaboraciones.

Este espacio previene otras afectaciones y fortalece recursos en estas personas, grupos y comunidades, a la vez que potencia su acción política, al realizar esta construcción colectiva que visibiliza este hecho que ha ocurrido en el Perú, lo cual se convierte en un dispositivo de promoción de organización comunitaria. Vemos como todos los sistemas y niveles se activan de manera entrelazada constituyendo esta espiral, si bien podemos hacer el ejercicio de precisar en qué momentos se da cada uno de estos niveles, esto sólo favorecería una especie de análisis más no correspondería con la manera como se da el proceso.

Es frecuente considerar el énfasis en la promoción y prevención distanciado de la atención, tal vez porque se ha asumido la concepción de la atención en el marco asistencial preponderante en el modelo biomédico. Sin embargo, correspondería resignificar este término, entendiéndolo como acoger al otro e interesarse y preocuparse por el proceso. De lo contrario, estaríamos ante perspectivas polarizadas: una centrada en la promoción del bienestar y otra en la atención del malestar.

De esta manera, se coloca el acento en la salud más que la enfermedad, pero interpretada no desde un lugar ideal de equilibrio sino en el interjuego entre el bienestar y el malestar, en las personas y en las comunidades, reconociendo los recursos para afrontar el sufrimiento y problematizar las condiciones sociales que lo generan; incluyendo la dimensión del acompañamiento como un lugar privilegiado para realizar esta tarea, lo cual da una visión más dinámica y horizontal al proceso.

El movimiento de salud colectiva propone la sustitución del término atención por el de cuidado, considerándose el proceso de “salud-enfermedad-cuidado”:

El “cuidado” tendría una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos... (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p.61)

Si bien se trata de una propuesta coherente, estimo que no necesariamente resuelve las dificultades que atribuyen a la noción de atención, porque se podría

interrogar en torno a quién cuida y cómo lo hace, colocando de igual modo a quien es cuidado/a en una posición de minusvalía y a merced de los profesionales y la institución en la que reciba dicho cuidado, tal como ocurre con la enfermería que desde su concepción como profesión de cuidado, la mayor parte de las veces coloca a las personas en una posición de dependencia. En todo caso, siguiendo la lógica de lo planteado, encuentro más adecuado emplear el término co-cuidado. Sin embargo, al resignificar la atención, en el sentido que he expuesto, se puede integrar la visión del co-cuidado, siendo que:

Las prácticas que buscan garantizar la integralidad del cuidado en salud son aquellas que trabajan siguiendo algunas apuestas: el trabajo en equipos interdisciplinarios; la importancia del cuidado de los vínculos en la atención, la corresponsabilidad por la salud del otro/a, la expansión de los espacios para que suceda el cuidado, la valorización de otras maneras de producción de conocimiento saludable (con la inclusión de saberes populares); y un miramiento por la diversidad de modos de subjetividad, las disputas simbólicas y los deseos de usuarios/as y los trabajadores/as (Seixas et al. como se citó en Bang, 2020, p.52)

Esta parte, centrada en la comprensión de los servicios clínico-comunitarios a partir de las experiencias en las iniciativas desde este campo, pero también desde los servicios de salud mental con los que contamos actualmente, nos ha permitido reflexionar en torno a cómo la idea de un SCC no implica necesariamente la presencia de un espacio físico destinado específicamente para tal fin, pues el trabajo también se puede realizar en cualquier espacio cotidiano de la comunidad.

De igual manera, hemos realizado una revisión del accionar de la PCC a través de diversas estrategias que, teniendo su origen en la clínica, la psicoterapia y la psicología comunitaria, adquieren un matiz propio para darle el sentido clínico-comunitario. Ha sido un listado amplio en el que se observa coincidencia entre los/as colaboradores/as y la literatura, teniendo como eje central el que estas estrategias no se presentan de manera aislada, sino que se transversalizan a lo largo del trabajo.

Por último, hemos visto la conjunción de los niveles de atención individual, grupal y comunitario, así como los de promoción, prevención y atención. Toda esta revisión de la PCC en acción nos lleva a reflexionar, cuestionar y resignificar la puesta en escena de los servicios de salud mental para incorporar una mirada que da cabida a la voz de las personas involucradas, la cual debe ser el lugar ineludible de los SCC.

Desde esta mirada centrada en la horizontalidad y participación, Jibaja (2009) expone:

Nos quedaba claro que el fracaso de varias iniciativas de desarrollo en poblaciones afectadas por violencia política se debe a un empoderamiento artificial de la población que no tiene en cuenta que las personas tienen que superar las secuelas psicosociales y volver a confiar y apoyarse en el otro; que sus síntomas, padecimientos y conflictos intracomunales, de no ser tomados en consideración, pueden alterar su funcionamiento social y laboral; que el sentido de sus proyectos de vida debe volverse a relanzar hacia el futuro, una vez que el círculo vicioso del impacto de la violencia vivida haya sido suficientemente elaborado. (Jibaja, 2009, p. 20)

En esta línea de la resignificación, Koh Yah y Castillo León (2014) consideran que la PCC aporta una perspectiva de promoción de la salud basada en la comunidad, teniendo como punto de partida, por ejemplo, las necesidades sentidas, las cuales pueden dar cuenta de una mejor comprensión de los servicios de salud.

En el mismo sentido, englobando todo lo desplegado en este apartado referido a los SCC, Anthony, Cohen y Kennard (1990 como se citó en Llorens, 2003), al referir a personas con problemas psiquiátricos afirman que el porcentaje de abandonos no se debe a carencias de los/as clientes sino de los servicios por lo que incitan a la revisión de dichos servicios. Observaciones que, desde su experiencia comenta Llorens, se siguen haciendo en la actualidad en algunos servicios no hospitalarios en la ciudad de Caracas.

Cabría preguntarnos desde dónde se hace la revisión, ¿será una reflexión al interno del equipo de profesionales? El reto es incorporar las voces de las personas involucradas en dichos servicios para hacer de estos un espacio accesible, no desde lo económico o lo geográfico, sino desde las propias necesidades de las personas y sus códigos. Ello supone “tener esta mirada de atención en salud mental basada en la comunidad, y no necesariamente en los especialistas” (Notas del VI Encuentro de discusión sobre clínica comunitaria en Rivera y Velázquez, 2017, p. 104).

Para caminar en esta dirección compete incrementar los espacios de sensibilización y formación de los/as profesionales, pues aun cuando la forma de concebir la salud cambie al igual que la estructura de los servicios de salud, la transformación no ocurrirá si esta visión no ha sido introyectada por los/as

profesionales, ya que son estos/as los/as responsables del funcionamiento de dichos espacios.

Ello sugiere, además, trabajar en dos líneas para lograr impactar las políticas públicas o servicios de salud: influencia en las organizaciones y potenciación de las personas con las que se trabaja. Pues tal como se evidenció en la experiencia de Green Door (Márquez, 2008) presentada en el marco referencial, existe resistencia de parte de las organizaciones para entablar relaciones de horizontalidad con las personas que atiende y, por tanto, para incorporar las propuestas de estos al funcionamiento de la organización.

Sin embargo, las personas pueden hacer frente a esta situación si se fortalecen y abren espacios para el diálogo, ejerciendo su rol político de hacerse escuchar y mostrar sus capacidades para visibilizarse, tal como lo hicieron estas personas de Green Door, quienes lograron mostrar su conocimiento en el área de salud mental a través de la exhibición de sus obras de arte y su expresión en el boletín QI Newsletter de la agencia y en la conformación de un grupo de usuarios/ad

Como concluyen Winkler et al. (como se citó en Arenas, 2016):

las comunidades tienen el derecho a recibir intervenciones de calidad, que sean transparentes en cuanto a la información que se brinda y que se recoge. Asimismo, tienen el derecho de participar libremente desde su propia autonomía en la toma de decisiones y búsqueda de sus intereses, y que se respeten y reconozcan sus vivencias, saberes y prácticas comunitarias. (p. 45)

En definitiva, para Góis (2008) se requiere ir más allá de acercar los servicios de salud a los lugares de residencia de los/as usuarios/as, se trata de reorganizar dichos servicios y formar a los/as profesionales de la salud con énfasis en la salud primaria, en tanto da importancia a la participación social y en consecuencia, la población, especialmente los movimientos de salud, puedan participar en la formulación, implementación y validación de las políticas de salud, lo cual se traduce a su vez en una toma de control social de la salud, que refleja una praxis liberadora y ciudadana.

6. Formación en Psicología: Un Desafío para la PCC

Figura 7

Relación entre el tema “Formación en Psicología: Un Desafío para la PCC” y sus subcategorías



En los apartados anteriores se ha evidenciado cómo la formación es clave en nuestro desempeño profesional y cómo en la psicología el arraigo del positivismo y el

modelo médico ha obstaculizado la aceptación de formas de pensamiento y quehacer como el de la PCC. Ello, en palabras de Góis (2012), ha dificultado también, el poder atender el sufrimiento de las personas.

En esta sección, junto a los/as colaboradores/as, revisaré cómo la formación en pregrado y postgrado se vincula con nuestro campo (PCC) y las sugerencias y retos a plantear para que dicha formación contribuya al desarrollo de la PCC, considerando desde un inicio que, formalmente, solo se cuenta en Latinoamérica con una especialización en esta área en Venezuela, la cual en este momento está inactiva. Por su parte, la Universidad de Yucatán en México apertura este año un Diplomado en Clínica Comunitaria como opción de titulación de licenciatura para estudiantes de psicología.

Confluyen acá la experiencia que han tenido los/as entrevistados/as como estudiantes y en el caso, de los/as académicos/as y profesionales, desde su rol docente y quehacer en el ámbito en el que se desempeñan. De esta manera, este punto es tal vez el más vivencial dentro de las entrevistas porque se habla, principalmente, desde la experiencia en la formación.

6.1. *Pregrado: Desde Dónde Pensamos y Construimos la Psicología*

La traba principal que enfrenta un estudiante en su formación de pregrado para incluir entre sus opciones el ser pcc, no es la ausencia de cursos dedicados a este ámbito en particular, sino la poca cercanía al campo y a las personas con las que trabajará. De esta manera se imparten muchos contenidos teóricos y no siempre vinculados con la

realidad, por lo cual es frecuente escuchar de manera informal que a los/as estudiantes se les dice que cuando se enfrenten a la realidad, es decir cuando ejerzan, es que van a aprender. Una suerte de desconexión de la teoría y la práctica. Al respecto Marcela refiere desde su trabajo en SMC:

...una sale con el título [...] y se da cuenta que no sabe nada [...] yo a los seis meses de trabajar ahí era como primero me puse a estudiar mucho y la verdad que la teoría no me daba herramientas para pensar la realidad [...] Tenía como cierta cuestión que desde donde yo pensaba no me estaba sirviendo, pero necesitaba buscar otras apoyaturas teóricas [...] libros de Emiliano, Emiliano Galende. (Marcela, A)

Para Karina (P) “*el psicólogo formado en las universidades se adapta a no salir*” y comenta desde su experiencia con jóvenes psicólogas que se incorporan a sus proyectos y no logran resistir a su acercamiento a la cotidianidad de las comunidades:

Sí ha ocurrido de chicas que llegaron y a las dos semanas se fueron, desertaron, y las que resistieron esto de la inclemencia, de la incomodidad, de sentarme ahí, de darle un beso a un niño cuando está con todos los mocos ahí, que eso es cotidiano cuando estás en la comunidad, y que ellos te empiezan a cuidar y las mamás van aprendiendo a cuidar también con ellos. (Karina, P)

De esta manera, tal como expresa Javier, lo que se enseña en la universidad responde más a una visión de condiciones óptimas para el trabajo, no prepara para enfrentar las realidades más comunes en nuestros países, por lo que al/a la nuevo/a profesional le toca pensar cómo enfrentar esas condiciones para organizar su trabajo sino lo más probable es que deserten como ha contado Karina.

... el salir en la universidad y enfocarme en mi vida netamente a la atención de pacientes, fue un cambio rotundo en mi perspectiva, en la universidad a mí me enseñaron que tiene que haber un ritual en la atención al paciente y eso puede ser posible de repente no en lugares del Estado como este, donde no tienes las herramientas, donde tú tienes que crear tus herramientas, donde tú tienes que traer tus evaluaciones, donde no tienes nada a la mano. Entonces digamos que eso para mí eso fue un poco chocante, pero también a la vez me abrió las perspectivas o digamos despertó mi creatividad para ver cómo hacer. (Javier, P)

En esta línea, Marcela manifiesta que es necesario hacer un cambio en la currícula:

...con mucha práctica en el territorio desde el primer momento, con mucho más conocimiento de a dónde va y no carga teórica y con las prácticas [...] y las practicas a mí no me gustó, fueron más de lo que no tenés que hacer que lo que tenés que hacer porque nos llevaron a los monovalentes a ver entrevistas a personas donde éramos un montón de personas a ver como se entrevistaba. La verdad que ahora que a mí me toca estar del otro lado, sé todo lo que no haría con nuestros alumnos y alumnas. (Marcela, A)

Javier, por su parte, expone su experiencia reciente como practicante:

... el modelo clínico es un poco prohibicionista: te aguantas, no haces [...] porque he compartido aula con gente que también hace lo mismo que yo, y de repente no en la magnitud, pero sí intentan salir del sistema, pero lamentablemente no se les deja, porque se les dice, el encargado de practica le dice no, no, no, tú tienes que hacer lo que te piden, ponte a leer un libro, ponte a revisar este digamos tu llenado de cuestionario o de VID dentro del centro de salud, tu charla dentro del centro de salud no puedes salir, entonces como

que eso corta las alas a la evolución de la psicología clínica comunitaria.
(Javier, P)

Y ello, según la experiencia de Javier, no sólo ha implicado restringir el trabajo, sino que desmerezcan otras actividades realizadas que, aunque respondan a las problemáticas de la comunidad, no son consideradas labor de un/a psicólogo/a clínico/a, porque es impensable la idea de lo clínico-comunitario. Así nos comenta:

aquí había un psicólogo [...], él tenía que firmar mi documentación de internado, y me dice –oye siéntate, vamos a conversar- [...] - ¿qué has estado haciendo? me dijo. Bueno, he estado en los colegios haciendo trabajos y me dice, oye y no has hecho nada, eso no es psicología clínica me dijo, eso no es hacer clínica, tú tienes que hacer lo que te piden, tú tienes que cumplir lo que se establece nada más, no ir más allá, entonces durante el tiempo que has estado aquí no has hecho nada, eso de salir a los colegios no tiene nada que ver con la clínica no tiene nada que ver. (Javier, P)

De esta manera, así como lo plantea Marcela, las prácticas en muchos casos son orientadas con pocos cuidados éticos y en otros casos cómo muestra Javier no se permiten hacer adecuaciones a la realidad en la que el/la estudiante se encuentra practicando, sino que se prioriza por los requerimientos académicos que se disponen para dicha práctica.

En este sentido, “*Más bien en la formación tocaría poder acercarse de manera muy deliberada a las comunidades y ver cómo es que se les puede acompañar desde sus necesidades, de la comunidad a la universidad*” (Manuel, A). “*Entonces yo creo que debería modificarse eso, las metas de trabajo, si tú eres clínico bueno, clínico*

comunitario tienes que tener tus metas en tu escritorio [refiere a tamizajes, consejerías y supervisiones] y tus metas en el trabajo de campo” (Javier, P).

Por otra parte, en algunos programas se priorizan ciertas corrientes teóricas, como en el caso de Marcela que comenta que la orientación *“era muy psicoanalítica, más bien freudiana”* con *“una visión relativamente abierta de otras escuelas, pero todavía un resago muy fuerte de la orientación psicoanalítica”* (Marcela, A). Y ello lleva directamente a la inclinación al trabajo clínico pensado desde el consultorio. Desde mi punto de vista, este es uno de los elementos que genera mayor dificultad para aceptar y pensar a la PCC desde una práctica que se distancia del consultorio.

La experiencia de Agustín en su pregrado en Chile fue diferente, con otras opciones: *“Mi escuela era básicamente positivista, así que clínica psicoanalítica no había. La sistémica, la experimental, educacional, también un año, y comunitaria, que era más laxa, y la más indefinida”* (Agustín, A). De igual manera, Manuel comenta una experiencia distinta:

Yo creo que finalmente fue una ventaja para nosotros en nuestra formación, porque creo que en Venezuela en particular se dio esa situación y no estoy seguro que se dé en otros lados, que hubiese un debate tan intenso en perspectivas psicológicas. (Manuel, A)

De esta manera, las experiencias de Agustín y Manuel, obedecen al énfasis en otras corrientes teóricas o la contraposición entre enfoques teóricos, que si bien no incluyen lo clínico –comunitario abren la posibilidad de generar ciertas reflexiones.

En el marco de los posibles campos de acción, Javier en su formación podía

optar por realizar sus prácticas en cuatro áreas: clínica, comunitaria, educativa y organizacional; el optó por las dos primeras (6 meses cada una), las cuales, como manifiesta, en la universidad no se integran entre sí, son completamente separadas, lo cual no corresponde a lo que ocurre en la realidad donde *“ahí hay una combinación de ambas cosas que se veían aquí en El Carmen [zona en la que realiza su práctica]”* (Javier, P). Así, comenta cómo académicamente desconoce la existencia de la clínica comunitaria y que tendría la intención de formarse en ello para poder hacer un trabajo que aporte a su país.

Yo tampoco tenía mucha noción ahora que usted me comenta de haber leído algo de psicología clínica comunitaria, pero en la práctica yo en el Perú no la veo mucho, o sea mis colegas acá, y tal vez en cierta medida e inconscientemente he hecho un trabajo clínico comunitario, porque eso es lo que he intentado hacer, pero sin conocimiento de lo que, algunas nociones. [...] Me gustaría formalizarlo de repente hacer un curso, yo tengo la disponibilidad de viajes, salidas, porque esa es mi meta, yo quiero servir a mi país, apoyar a mi país, pero no solamente apoyarlo significa dar lo que yo sé, sino dar más de lo que yo sé, y que hacen en capacitación, en congresos, en diplomados porque tienes que crecer. (Javier, P)

Mi experiencia en pregrado fue con pre-especialización por menciones (clínica dinámica, clínica conductual, social y organizacional), no había conexiones entre ellas, similar a la experiencia de Javier. En mi caso, me interesaba clínica y social, pero era complicado llevar las dos, por razones de dedicación, así que priorice por la que era de mi mayor interés, social.

Tuve la fortuna de que Maritza Montero era parte del cuerpo docente y, por tanto, incluía un curso de psicología comunitaria y la posibilidad de prácticas e investigación en el área, lo cual se reforzó con el equipo de investigación de Psicología Ambiental Comunitaria del Instituto de Psicología de mi universidad, liderado por Esther Wiesenfeld y Euclides Sánchez, con quienes pude interactuar en mi pregrado y luego dar continuidad a mi formación comunitaria en el postgrado de Psicología Social, en especial de la mano de Esther Wiesenfeld. Ello me colocó en una posición privilegiada, en el sentido de acceso a los conocimientos de primera mano de la psicología comunitaria. Fue más tarde, en mi ejercicio docente y ahora en mi doctorado, cuando logro conectar el interés por lo clínico y social comunitario.

La experiencia del pregrado desde estas miradas ha estado marcada por la influencia de corrientes tradicionales de la psicología, con tendencia hacia lo clínico siempre desligado de los comunitario, manteniendo prácticas parceladas en los casos donde sea posible escoger. Prácticas, que se plantean de manera formal hacia el final de la carrera, manteniendo, por lo general, a los estudiantes alejados del campo de acción. De esta manera, lo teórico también se prioriza sobre el quehacer y la vinculación con el entorno; siendo una oportunidad para la generación de mayor reflexión cuando se incluyen diversos enfoques teóricos y se promueve la discusión y/o confrontación entre estos.

6.2. *Mirada al Postgrado: Aterrizando los Intereses*

La formación del postgrado, ya permite a los/as profesionales buscar

alternativas que les acerque más a sus intereses por lo que algunas de las limitaciones de las antes mencionadas para el pregrado son superadas en este nivel, ello queda claro en la experiencia que relata Marcela en la que, en su Maestría de salud mental comunitaria, que funcionaba con formato de residencia, los/as docentes eran heterogéneos, locales y de Europa, así como la procedencia disciplinar de los/las estudiantes era igualmente diversa:

... no son solo para médicos sino también para las otras profesiones [...] yo trabajé con terapeutas ocupacionales, médicos, trabajadores sociales, enfermeros [...] la maestría ya era interdisciplinaria. Entonces ahí empecé a pensar el abordaje de salud ya con categorías de otras disciplinas [...], la maestría sí me dio herramientas para poder pensar, más desde el enfoque de salud pública, pensar cuestiones también de contexto social, histórico, de organización comunitaria, pero no todos fueron disciplinares. (Marcela, A)

Mercedes y Elena rescatan al igual que Marcela la presencia de docentes provenientes de otros contextos *“que venían y te mostraban una realidad distinta [...] porque esto nos permitía ver también otros procesos y en otros lados más avanzados, y con las realidades distintas, un gobierno distinto, una forma distinta, un contexto distinto”* (Elena, PE PUCP)

Para Marcela, su postgrado aún mantenía el modelo *“de asistencia-demanda [...], estábamos esperando que vinieran a atenderse, teníamos consultorio externo, pasamos por guardia, internación, inter-consulta (..) nadie va a trabajar en un centro de atención primaria”* (Marcela, A)

Por su parte, Manuel habla desde su lugar como docente en el postgrado de PCC que considera “*en algunos momentos terminó siendo un poco, demasiado abstracto, y poco aterrizadas algunas discusiones*” (Manuel, A). En sus clases, promovía más bien la reflexión sobre la propia historia de los/as estudiantes y el pensar en las herramientas que cada uno podría emplear de acuerdo a los casos con los que estaban involucrados, lo cual, podría pensarse en una formación de carácter problematizador:

... con los estudiantes les ponía a hacer un ejercicio [...] de análisis de privilegio: ¿cuáles son las posiciones de privilegio?, ¿cuáles son las posiciones de ventajas que he ocupado? y ¿cómo tiene que ver eso con como yo me enfrente a los problemas de la gente que atiendo? Cuando trabajo sobre poblaciones vulnerables ¿cómo han sido mis experiencias con eso?, ¿cómo fue la historia familiar de eso? Entonces ahí creo que uno está trayendo herramientas que tienen que ver con la clínica, y herramientas que tienen que ver desde lo social. (Manuel, A)

Mi materia por suerte no tenía que dar una respuesta, sino brindar herramientas para pensar en temas de violencia [...]. Entonces básicamente era: yo no sé si esto es la versión de clínica comunitaria, pero les propongo si esto nos sirve para pensar en los problemas de violencia que ustedes están atendiendo en consulta. Creo que los acercaba a sentir si hay cosas que me sirven de psicología de la liberación, de miradas sistémicas, de perspectivas feministas, que tienen que ver con muchas teorizaciones en lo comunitario y complementan una mirada más psicoanalista, más intrapsíquica, como que, ¿la solución a eso se parece a lo que queremos aspirar? Quizás sí’. (Manuel, A)

Esta dimensión de la propuesta crítica y problematizadora expuesta por Manuel es confirmada como un efecto positivo en la formación por Jonás y Elena, a pesar de ser de otro postgrado:

...primero, en relación a mi formación, yo creo que ha contribuido en esta la crítica que he podido tener, no básico, primero ver la vía en la que nos encontramos, a veces uno no ve más allá de sus narices. Para mí la maestría me ha abierto los ojos. (Jonás, PE PUCP)

La capacidad de codificar y entender esto y ponerlo en práctica es algo que me encantó mucho, es como que ahora miro de otro color las cosas. (Elena, PE PUCP)

Los estudiantes de la MPC de Ayacucho de la PUCP, rescatan como principales aprendizajes en su formación:

- *“profundizar más con herramientas metodológicas para acompañar procesos de intervención comunitaria”*
- *“hacer uso del autocuidado profesional”*
- *“revisar conceptos que nos ayuden a comprender mejor el proceso de psicología comunitaria”*
- *“ver a los miembros de la comunidad como sujetos con sus recursos, potencialidades, resiliencia”*
- *“refuerzan nuestro rol de transformación y nos da elementos para evaluar si las políticas públicas o proyectos empoderan o no”*
- *“autovaloración y reconocimiento de nosotras mismas más empoderamiento y auto soporte emocional”*
- *“Fortalecimiento de nuestros procesos de empoderamiento, nos ayuda a mirar de una manera más colectiva, menos individual”*

La falencia del pregrado en relación a la separación de las áreas se repite en el postgrado, lo cual resulta preocupante, sobre todo al tratarse de una especialización de PCC, Valeria expresa:

...sentíamos, muchas veces, que veíamos lo clínico por un lado y lo comunitario por otro lado, entonces era como difícil al momento de lo específico, de lo concreto, de digamos como llevar el concepto a lo operacional realmente esa clínica comunitaria como tal. (Valeria, PE UCAB)

...dos cosas aisladas [...] viví como que un poco el choque, veníamos con esto clínico y entonces ahora viene lo comunitario, y me parece como que es muy corto el tiempo para trabajar y darle mayor importancia a todo lo que tiene que ver con el aspecto de ese apellido más clínico comunitario. (E, UCAB)

Comparto este planteamiento desde mi experiencia como docente en esta especialización, pues la currícula separaba los cursos de un ámbito y otro, y los/as docentes proveníamos de la formación clínica o social comunitaria, así que no logramos integrar los contenidos de los cursos; lo cual motivó este estudio.

De la misma manera, los/as estudiantes de la especialización en PCC comentan que el postgrado teóricamente ofrece una nueva visión, herramientas y estrategias, pero en el ejercicio exige prácticas no vinculadas al beneficio de la realidad sino al cumplimiento de pautas académica, lo cual podríamos decir contradice los propios principios de la PCC.

...también en pre-grado se mantiene, hay como que ese desfase teórico-vida real, porque uno va a hacer una práctica clínica en un contexto en que

realmente lo primordial no es hacer una práctica clínica, pero tienes que hacerlo para graduarte. (E, UCAB)

Otra estudiante de PCC conecta los dos aspectos expuestos por sus compañeros/as, vinculándolo con la complejidad *“a nivel práctico del tema de comunidad y hacer una intervención, creo que hace que choque esta realidad como teórica con lo práctico. A mí me sería ideal potenciar eso a nivel práctico con comunidades en el interior del país”* (E, UCAB); y para ello propone prácticas largas en comunidades alejadas donde el estudiante se residencia en el lugar.

Sin la intención de hacer un análisis de la especialización de PCC, pero sí de mostrar los alcances de la formación en el área, preocupa que los aspectos mencionados por los/as estudiantes, dejan en evidencia que no se ha logrado el objetivo previsto en este programa *“creado con el propósito de capacitar profesionales de la psicología para promover a la salud mental en diferentes contextos, institucionales y tipos de pacientes, formándolos dentro de un enfoque teórico amplio basado en un modelo clínico-comunitario, con adecuado entrenamiento práctico”* (Documento informativo sobre la especialización de Psicología Clínica Comunitaria de la UCAB], s/f).

Se buscaba crear un puente entre la comunidad y el ámbito clínico, mover el aula de clase a la comunidad. Luego de determinar un marco conceptual y teórico para la praxis a desarrollar, se debía proveer a los/as estudiantes clínicos herramientas comunitarias, a la vez que una visión crítica ante el modelo (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010).

Yendo un poco más allá de esto, también podemos evidenciar en esta visión de quienes estuvimos involucrados/as en este programa, una escisión entre lo clínico y lo comunitario, donde pareciera buscarse sensibilizar al ámbito clínico para aproximarse a lo comunitario. Ello no haría honor, entonces, al nombre de esta especialización, lo cual se evidencia también al hacer la revisión de su pensum.

En este pensum se contemplan, claramente diferenciados, 9 cursos vinculados al área clínica y 2 al área social-comunitaria; así como, 3 prácticas, la primera para atención individual de casos clínicos y las otras dos que divide las horas entre atención individual de casos clínicos y actividades comunitarias; estas últimas totalmente separadas y supervisadas por docentes de un campo u otro respectivamente. Se puede observar una tendencia hacia la formación clínica con un matiz comunitario.

Las apreciaciones y experiencias de los/as colaboradores muestran inconformidades, críticas y dificultades respecto a la formación que han tenido de cara a poder asumir una praxis clínica-comunitaria, lo cual refleja la complejidad de este proceso, siendo la docencia en este campo un reto, en tanto se requiere equilibrar los conocimientos teórico-metodológicos, la vivencia de los/as propios/as estudiantes y la vinculación con las comunidades.

Al respecto de esto, Montero y Giuliani (1999) escriben desde su experiencia docente acerca de lo que denominan aspectos críticos de la labor docente en psicología comunitaria, encontrando que las mayores dificultades en el ámbito de la docencia son el equilibrar los ritmos académicos con los comunitarios; la formación profesional tradicional como experto/a opuesta a la construcción de conocimiento conjunto con las

personas que trabaja, el alcance de los compromisos de los/as estudiantes y el carácter recíproco de la familiarización.

Esto último implica que tanto agentes externos como internos tengan oportunidad de conocerse y saber cada uno del ámbito que representa el otro, en los cortos tiempos que demanda la academia. Ello requiere mantener una actitud crítica reflexiva, a fin de atender las exigencias disciplinares y comunitarias y lograr conjugar el compromiso con ambos entornos (Montero y Giuliani, 1999).

En nuestro caso tendríamos que incorporar la complicación que lleva consigo el pensar lo clínico-comunitario como unicidad, y no como campos antagónicos o distantes, en el mejor de los casos, como tradicionalmente lo han transmitido gran parte de los programas de formación, siendo una constante esta separación en los niveles de pregrado y posgrado.

Desde las experiencias acá señaladas, los programas de postgrado permiten la vinculación con el entorno de manera directa, además de incluir nuevas miradas para concebir el quehacer, siendo la heterogeneidad de los/as docentes y estudiantes la mayor contribución para conformar un pensamiento amplio en el que la perspectiva clínica-comunitaria tiene cabida.

6.3. *Sugerencias a la Formación en PCC*

Algunas sugerencias, respecto de lo que se debería incorporar para pensar una formación en PCC, emergen de la conversación con los/as entrevistados. En primer lugar, considero es esencial el llamado que hace Marcela a “*transformar la mirada de*

lo clínico [...] si vos empezaste siendo clínica escuchas ciertas cosas o piensas ciertas cosas, si le vas enriqueciendo con las otras cuestiones, te da cierta libertad de correrte de lo clínico, del consultorio” (Marcela, A).

Javier complementa esta idea al proponer *“la promoción de trabajo a lugares que no sean simplemente su lugar de trabajo, de tu consultorio como clínico y promover lo que estoy haciendo en los colegios en los centros poblados dependiendo de la zona donde esté trabajando” (Javier, P).*

Esta transformación, desde mi punto de vista, implica cuestionarse y repensar las ideas propuestas, así como, las posturas y herramientas desde la propia experiencia y desde la incursión en otros ámbitos y en otras personas, incluyendo a las propias personas con las que se trabaja. Una formación, como muestra Manuel, que incorpore lo vivencial y lo teórico con distintas ideas o posturas en tensión:

...lo vivencial porque eso es mucho de la formación clínica que yo recibí, lo vivencial es importante, no sería lo único por supuesto, es decir, después tienes que meterle teoría para poder tratar de descifrar los problemas, y ahí te respondería similar, creo que el poder tener varias teorías en tensión sería útil [...] contrastadas en el camino, y que te obligue a tener que cuestionarte a ti mismo, desde perspectivas más individuales a perspectivas más sociales, y que te obligue a pensar en las problemáticas desde ambas perspectivas. (Manuel, A)

Adicionalmente, estimo interesante el planteamiento de Manuel, en el cual valora el aporte heredado de la psicología clínica, que a su vez ha de ser transformado y repensado desde la clínica-comunitaria:

Los aportes de la formación clínica desde el primer día es que te obliga a estarte revisando a ti mismo, tienes que estar en tus vínculos, en tu manera de procesar las emociones, en tus conflictos, en tus angustias. Eso me parece que es un aporte a la formación, pero si lo ves en términos clínico-comunitarios, ya no lo estás pensando en términos de mis vínculos tempranos, en cómo yo manejo las emociones, sino ¿y cuál es la historia política de mi familia?, y ¿cuál es la historia racial de mi familia?, ¿cuál es la posición sobre género, y cómo se vivieron los estereotipos de género en mi pasado? Yo estoy en ese mismo proceso reflexivo, pero además ahora le estoy añadiendo la dimensión de cómo la cultura también me constituyó y cómo las diferentes fuerzas de poder me constituyeron y eso también me ayudó a entender cómo es que yo voy a estar posicionado para resolver mis problemas. (Manuel, A)

La sugerencia de Javier va en la línea de producir cambios a nivel de la separación de campos en la práctica, que ha sido una de las mayores limitantes en el pregrado y postgrado y que no favorece el reconocimiento e incorporación de la PCC:

...tendríamos que cambiar el chip, de la gran mayoría de universidades en pro de eso, porque a mí por ejemplo cuando iba hacer mi internado me dijeron o haces una cosa o haces la otra [...] entonces tendrían que cambiarse varias cosas y una de las cosas es fomentar esa nueva idea de mezclar esas dos cosas juntas, no veo otra manera. (Javier, P)

De igual manera, Marcela describe como la realidad ha exigido pensar en nuevas formas de abordaje:

En plena crisis que tuvimos en Argentina [...] la gente venía por situaciones de violencia, de desempleo. Realmente lo que había era una gran desigualdad social, nosotros estábamos pensando con categorías que no nos permitían

operar [...] yo empecé a estudiar lo que era dinámica de grupo porque me empezó a parecer que era por otro lado. (Marcela, A)

Así se han venido haciendo ajustes que incluyen la participación de otros actores sociales en el trabajo con la SMC: *“Ahora está regulado por una ley, en la provincia hay una movida muy grande a nivel país y nosotros en la universidad lo tenemos como tecnicatura de acompañamiento terapéutico”* (Marcela, A).

En cuanto a algunos elementos que potenciarían la formación, los/as estudiantes y egresados/as de postgrado comentan la necesidad de *“estrategias, formas, tal vez ciertos lineamientos para mejorar nuestra formación”* (E, PUCP Ayacucho) y la importancia de realizar prácticas en comunidades alejadas, *“ideal como ese acercamiento porque estás metido en la comunidad, lo que realmente es el proceso como más puro de la intervención, y con las herramientas clínicas y las herramientas comunitarias”* (E, UCAB). Con estancias más largas *“ayudaría a ver no solamente el inicio del trabajo comunitario, sino también los procesos de las siguientes etapas”* (Elena, PE PUCP).

Se pueda iniciar algo que se pueda sostener a lo largo del tiempo, digamos algo que se pueda sostener a largo plazo y que los diferentes cursos, las diferentes promociones puedan ir aportando pequeños granitos de arena, o algo más grande digamos a un proyecto que sería ejecutado y sostenido. (Isabel, PE PUCP)

Creo que sí, el tema del contacto con la realidad es algo que se debería tratar de ver de manera transversal en toda la formación, [...] desde la experiencia generar conocimientos [...], pero también repercute, digamos, colabore con

nuestra situación social, es algo que tal vez se tenga que fortalecer más. (Isabel, PE PUCP)

Comparto plenamente la idea de sostener un trabajo a largo plazo para que se pueda generar transformación y ello me parece un reto también para la formación de los/as propios/as estudiantes, pues, en mi experiencia, estos suelen sentirse frustrados porque al principio les cuesta entender la realidad y ajustar una propuesta clínico-comunitaria, y cuando al fin lo están logrando se termina el tiempo de su práctica porque seguimos manteniendo esquemas de práctica clásicos, en los últimos semestres de los estudios y a corto plazo, como si la realidad se comportara de esta manera. El testimonio de Valeria da cuenta de ello:

Pienso que, por encima de todo, tiene que ser un trabajo a largo plazo, porque una vez que uno está allí, pasa como un período de familiarización, por decirlo de alguna manera, y de algún modo entiendes como que llegas a, todo empieza a fluir, o ya más o menos cómo es el merecumbé, y ya luego como que 'ay me tengo que ir' y pienso que lo principal es poder hacer este proceso que veíamos en clase de esa retroalimentación de lo que hago, lo pienso, lo pienso, lo hago, lo hago, lo pienso. (Valeria, PE UCAB).

Resumiendo, las experiencias y comentarios de los/as colaboradores sobre la formación, sea de pregrado o postgrado, aunque sea mayor en el pregrado, mantienen escindidas las áreas del conocimiento, dentro de las ciencias sociales e incluso dentro de la propia psicología, haciendo que se fueren las prácticas hacia un campo u otro, cómo si la realidad se pudiera parcelar de esa forma.

Por otra parte, en muchos casos, y en mayor o menor medida, se adiestra a los/as estudiantes de acuerdo a prototipos de intervención, en los que se cumplen unos pasos de intervención y unas técnicas determinadas, cuando lo que suele ocurrir es que estas frecuentemente son desajustadas en los entornos reales. Estos arquetipos se aplican también a los contextos y espacios de trabajo, por lo que a los/as profesionales les cuesta adaptarse a ambientes complejos o incómodos.

Lo anterior atenta en contra de la condición indispensable de flexibilidad que se requiere en el quehacer clínico-comunitario, tratando de mantener a los/as estudiantes dentro de un marco normativo de actuación, no permitiendo, como expresó Javier, “*salirse del sistema*”.

De allí que algunos/as colaboradores/as valoren haber tenido o brindado una formación crítica, problematizadora, que incorpora lo vivencial, personal y profesional, y lo teórico, al igual que lo interdisciplinario, que favorece la tensión permanente de ideas distintas y la comprensión de la complejidad de las situaciones que abordamos. Esto último se convierte en una de las sugerencias para la formación en PCC.

A esta sugerencia se suman el transformar la mirada clínica, moviéndose del espacio del consultorio, sin separar los campos de acción, para lograr adecuarse a la realidad, teniendo trabajos sostenidos en el tiempo con las comunidades, a los cuales se puedan ir incorporando los/as estudiantes y se consigan transformaciones a largo plazo.

Se trata de incorporar una mirada en la que el/la profesional se implica como un/a actor/a social más, y se define desde el lugar que ocupa en la relación y en el

trabajo y no tanto desde el rol, tal como lo abordé en uno de los apartados precedentes. Esto es, de cierta manera, una exigencia compleja porque supone un nivel de incertidumbre que resulta en muchos casos frustrante para los/as profesionales, en especial para aquellos/as que están en formación.

En mi experiencia docente esto se ha hecho presente, sin importar que se trate de pregrado o postgrado y de que esté en un país o en otro, pues la tendencia de los/as estudiantes, dicho de manera general, es la de solicitar se les suministre técnicas para aplicar y se les precise el rol que deben asumir, aun cuando tengan disposición para reflexionar y atreverse a superar dicha frustración. Es una formación, entonces, que busca desafiar arquetipos de más de un siglo y que implica trascender el aprendizaje cognitivo para centrarse en la reflexión, la crítica y la vivencia.

La siguiente cita de Escribens et al. (2008) desde su trabajo con una comunidad altoandina del Perú puede ilustrar claramente el reto que conlleva abrir caminos diferentes de comprensión en nuestro quehacer profesional con una historia de formación previa distinta:

Por ello, para pensar en una propuesta de salud mental comunitaria fue necesario romper con concepciones previas de la formación y no buscar etiquetas y estigmatizar sino recobrar agencias y recursos en la comunidad; asimismo, fue necesario recoger los saberes previos sobre el ser humano, la salud y la enfermedad, en especial la salud mental, así como sus diferentes alternativas de respuesta en los mismos pobladores. Es importante señalar que éste no ha sido un proceso sencillo, ya que implica cuestionar nuestros saberes previos, los cuales de alguna manera han estructurado nuestro conocimiento y

nuestra forma de acercarnos a la realidad. Entonces, ha supuesto procesos internos movilizados en el equipo de trabajo de campo y en la institución misma. (p. 49)

A partir de todos los argumentos y experiencias planteadas por los/as colaboradores/as y mi propia experiencia de formación a la vez que, de docencia, me permito sintetizar algunos aspectos claves para plantear un programa de formación en PCC, el cual tendría una base similar para pregrado y postgrado, siendo que el segundo podría tener mayor profundidad, en tanto los estudiantes tienen una base previa y estaría pensado para el campo de la PCC; en el pregrado la PCC debería estar como una alternativa junto a muchos otros campos de la psicología. Algunos elementos a contemplar serían:

- Promover espacios de reflexión crítica, tanto de problemáticas propias de la realidad como de los contenidos teórico-metodológicos revisados.
- Los contenidos deben tener una clara base paradigmática que permita generar una comprensión de las situaciones con las que trabajan y adecuación de las estrategias a las mismas.
- Incluir diversidad de contenidos, incluyendo los de otras disciplinas para alcanzar una perspectiva integral.
- Ofrecer la mayor posibilidad de oportunidades de aproximación al campo de trabajo, de manera de ir formando el ejercicio de una praxis clínica-comunitaria.

- Desarrollar la formación como un espacio vivencial en el que se puedan trabajar los valores y aspectos éticos y se incluya la subjetividad y la reflexividad como eje transversal.
- Impulsar el trabajo colaborativo como estrategia principal.

En síntesis, pensar la formación en PCC, sea en pregrado o posgrado, requiere tres ejes centrales, que tendrán mayor o menor profundidad si es un programa de postgrado especializado en el área, si es una subespecialización en pregrado o si es una línea de formación en el marco de una licenciatura o postgrado no especializado en este campo:

- 1) Dimensión teórico-metodológica y paradigmática, de carácter interdisciplinaria, ética y crítica. Ello permite fortalecer el conocimiento desde una postura amplia que incluye la diversidad y revisión permanente del mismo; incorporando el reconocimiento e intercambio con diferentes actores, entre los que las personas de la comunidad tienen un lugar central. Este conocimiento es de carácter situado, pues se trata de una PCC latinoamericana, lo cual también demarcará la práctica a desarrollar y la experiencia en torno a ella, que se plantean en las otras dos dimensiones.
- 2) Dimensión práctica-contextual, lo cual implica que los aspectos contemplados en la dimensión anterior se acompañan con la acción-reflexión en el campo junto a las comunidades y los equipos de trabajo; desde una perspectiva histórico-contextual que exige ir adecuando las

acciones a las condiciones del contexto y el momento. Idealmente dicha práctica debería ser parte de un trabajo a largo plazo desde el programa a fin de dar sostenibilidad a las acciones realizadas y al fortalecimiento del vínculo entre las instancias involucradas, lo cual a su vez da contención a los/as estudiantes que de manera transitoria pasan por este trabajo.

- 3) Dimensión de reflexividad, centrada en el proceso de reflexión permanente de los estudiantes en formación, respecto de la vinculación de su historia personal-social-cultural con su quehacer profesional, a la vez que favorece el reconocer los impactos que va teniendo su accionar clínico-comunitario en su vida y en la de sus equipos de trabajo, promoviendo de esta manera el autocuidado y cuidado mutuo.

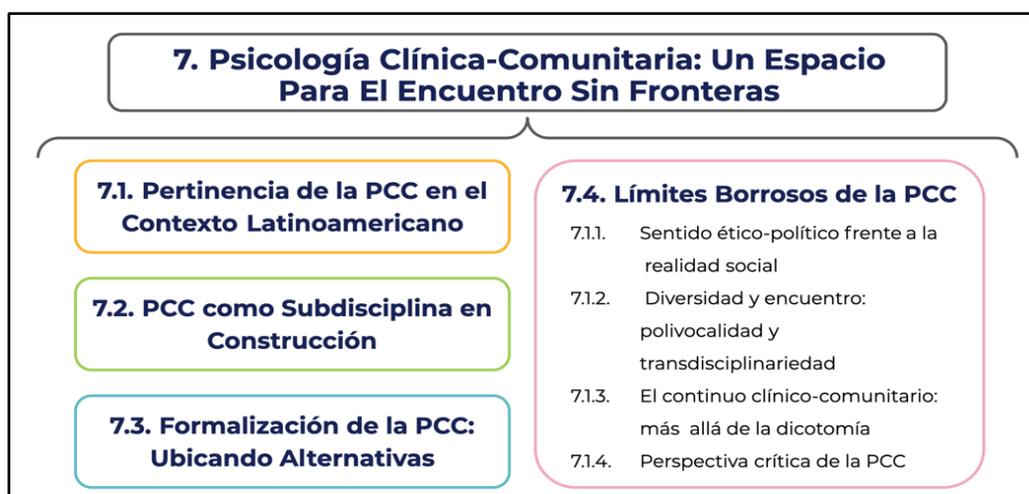
Finalmente, dejo abierta para la discusión y reflexión la idea de que la formación no se da sólo en los estudios académicos por lo que resultaría interesante plantear como línea de investigación futura: qué aspectos han formado a los/as profesionales fuera de la formalidad académica. En ese sentido Agustín comenta:

Mi formación fue casi como de maestro a aprendiz, más que la educación formal que yo tuve, más bien fue una persona como que me entrenó durante mucho tiempo a hacer frente a situaciones prácticas en el marco de la formación de otros profesionales, los dispositivos de salud mental, etc. Entonces no llegué a la psicología o a la salud mental comunitaria como una opción, sino que es parte de la trayectoria de cosas que uno no planifica que terminan de una manera haciendo de uno lo que está haciendo hasta ahora.
(Agustín, A)

7. Psicología Clínica-Comunitaria: Un Espacio para el Encuentro Sin Fronteras

Figura 8

Relación entre el tema “Psicología Clínica-Comunitaria: Un Espacio para el Encuentro Sin Fronteras” y sus subcategorías



Lo que creí sería el primer apartado de este capítulo de resultados, terminó siendo el último. Esto obedeció a que la lógica parecía indicar que debía iniciar con una definición de la PCC y asumir que tenía sentido su existencia. No obstante, la investigación me fue llevando a hacerme preguntas y reflexiones que se iban suscitando en el intercambio con los/as colaboradores/as, por lo cual necesité hacer el recorrido por la construcción de la PCC, de la mano con los/as entrevistados/as, conociendo sus raíces e influencias, los elementos que la conforman, sus nociones principales, la

relación entre los/as actores/as involucrados/as, su concreción a través de los servicios e inclusive sus implicaciones desde la formación de los/as profesionales.

Luego de este recorrido, plasmo en esta sección, a manera de cierre inacabado, algunas reflexiones para pensar de qué estamos hablando cuando nos referimos a la PCC y el sentido que tiene el hacerla visible.

7.1. Pertinencia de la PCC en el Contexto Latinoamericano

En apartados anteriores ya he discutido cómo desde la psicología clínica se han realizado esfuerzos de aproximación a la población que vive en condiciones de desigualdad social, dando lugar a que desde diversos países de América Latina muchos/as psicólogos/as clínicos/as se comenzaran a plantear la necesidad de un abordaje comunitario. Inquietudes similares emergieron desde los/as psicólogos/as sociales, llamando la atención sobre el compromiso con esta población y la realidad del continente.

Así, la psicología comunitaria en América Latina surge producto de las exigencias propias del contexto social, marcada por crisis económicas y socio políticas cargadas de procesos de desigualdad social, conflictividad, exclusión y violencia, teniendo sus particularidades en cada uno de los países (Montero y Serrano-García, 2011).

Ahora bien, aunque muchos/as protagonistas de esta vertiente fueron psicólogos/as clínicos/as, su praxis apuntó a un enfoque más psicosocial o sociopsicológico, sumergidos en la lucha por hacer frente a las condiciones sociales

generadoras de estas problemáticas, centrando su quehacer en los procesos de organización y participación de las comunidades para el logro de una incidencia que promoviera la ciudadanía.

Desde mi perspectiva, el surgimiento de la psicología comunitaria visibiliza para muchos/as profesionales de este campo la necesidad de posicionarse frente a esta realidad social y los efectos sobre la salud mental de las personas, pero ya no vistas como individualidades. El sufrimiento enmarcado en la dimensión social cobra fuerza y hace que la idea de una PCC aparezca como una nueva exigencia del contexto, como lo plantea Tesania:

Las situaciones que viven esos países nos obligan a que lo clínico comunitario comienza a tener un lugar, comienza a tener una importancia, porque los fenómenos de violencia, de discriminación, exclusión nos están configurando, escenarios no individuales de afectación, sino escenarios sociales, pero de una situación y de un dolor psicológico que implican una aproximación que también pasa por una mirada de lo clínico, que también incorpora al individuo como un agente fundamental en estos procesos sociales. (Tesania, A)

Manuel resalta la violencia como uno de esos problemas que, para ser entendidos, requiere abordar el contexto, los vínculos y la comunidad, por lo que la psicología clínica se hace insuficiente y la PCC se convierte en pertinente:

...ese tema [la violencia] cuestiona a la clínica de manera muy central. La violencia, si bien después tiene impacto en las vivencias íntimas y malestares emocionales individuales, no lo puedes comprender, y mucho menos lo puedes atender, si no entiendes el contexto y los vínculos y la comunidad en la que está

insertada la problemática. [...] lo que me ha terminado siendo útil a mí, a la clínica comunitaria, como una manera de abordar problemas con una tensión que va hacia lo individual, pero que al mismo tiempo trata de verlo desde el contexto, pero que al mismo tiempo está preguntándose sobre los lenguajes y los lentes desde los cuales vemos el problema, entonces esa tensión me parece que es útil, por ejemplo, para pensar en problemas como la violencia. (Manuel, A)

De esta manera, la PCC emerge producto de una necesidad de los/as profesionales para entender y abordar exigencias del entorno, lo cual le da un carácter de pertinencia a su existencia que no es puesto en duda para los/as profesionales entrevistados/as y es corroborado por personas de la comunidad, como se ha evidenciado en los apartes anteriores.

Pedro afirma que la PCC tiene una total pertinencia social, política, económica y ética, porque abre un ámbito de problemáticas *“que la psicología tiene la obligación de pensarse”* [...] y dar respuesta *“como ciencia y profesión”* (Pedro, A). Expone los tres motivos cruciales que la hacen oportuna:

- *“La mayoría de los fenómenos donde la psicología ha tenido que desarrollar dispositivos, teorías, técnicas, herramientas, siempre ha tenido en común el hecho de que hay un origen en una presión social”* (Pedro, A).
- *“Los dispositivos estrictamente convencionales de la psicología no han sido suficientemente exitosos para responder a demandas en poblaciones que son características del ámbito de la clínica comunitaria”* (Pedro, A), refiere a poblaciones altamente vulnerables.

- *...hay problemas sociales que interceptan problemas de salud mental y diferentes sufrimientos y compromisos del bienestar, [...] la psicología canónica tiene limitaciones en sus diferentes ámbitos, y voy a decir para ser más específico, tiene limitaciones en sus ámbitos históricamente clínicos, pero también históricamente sociales. (Pedro, A).*

Si bien Marcela reconoce que la PCC es conveniente y valoró en la conversación la realización de este estudio, mira con recelo la manera cómo esta puede emplearse, dada su asociación histórica con la clínica más tradicional:

...siempre me hizo ruido pensar la atención del clínico comunitario[...] porque me parece que a veces se confunde que la clínica es del consultorio y que lo comunitario es salir a la calle [...] pero a veces esas categorías, han impregnado tanto la disciplina que entonces no va a poder trabajar, no se va a poder casar [...] Es desarmar 200 años de un modelo muy ligado a la psiquiatría más positivista [...] pero viene tan cargado el término que por más que nosotros decimos la clínica no es el consultorio [...], y podemos intervenir en cualquiera de estos lugares, y lo comunitario es modelo de pensamiento. No sé, lo dijimos durante años y cuando escuchaba a los residentes te siguen diciendo: yo hago clínica comunitaria; en algún momento me cansé de la discusión. (Marcela, A)

De esta manera, la PCC surge con un sentido claro de pertinencia, pero teniendo como precedente un marco disciplinar cargado de posturas tradicionales, que dificulta romper ciertos parámetros y miradas en pro de la búsqueda de una identidad.

7.2. *PCC como Subdisciplina en Construcción*

A pesar de este reconocimiento de la adecuación de la PCC, llegar a un acuerdo de cómo podría definirse o más bien si podría entrar en alguna categoría específica se hace tan o más engorroso que asumir una identidad. Al comienzo del estudio, para mí la PCC era una subdisciplina sin lugar a dudas, tal como versaba en la definición que disponía de esta y no fue objetada por mis entrevistadas/os iniciales.

Sin embargo, hacia mediados de la investigación, en conversaciones con colegas en otros ámbitos fuera de esta indagación y buscando información en torno a campos afines, como por ejemplo el modelo de Salud Mental Comunitaria, me comencé a cuestionar al respecto. No quería continuar afirmando esta idea sin reflexionar acerca de ello, razón por la cual propicié la discusión crítica sobre este tema en la entrevista con tres colaboradores/as que incluí más recientemente en el estudio: Pedro, Manuel y Agustín. De este modo, mostraré principalmente sus voces en este desarrollo.

El mayor consenso encontrado en los/as colaboradores/as es considerar la PCC como una subdisciplina, pero ello no niega que, en algunos momentos, se pudiera pensar en torno a ella también como modelo de pensamiento, ámbito, mirada, actitud o postura. He considerado valioso mostrar esta discusión, que da cuenta de la complejidad que implica poder ubicar a la PCC; sin embargo, en tanto trasciende el objetivo de esta investigación no he profundizado en lo que significaría cada una de estas concepciones.

Ahora bien, siendo que la PCC proviene de los campos clínico y comunitario, ¿constituiría una subespecialidad de alguno de ellos? Al respecto, existen argumentaciones hacia un lado o hacia el otro.

En tal sentido, Tesania se refiere a la PCC como parte del “*gran paraguas de la psicología comunitaria*”, idea que es compartida por Teresita. De la misma manera, Montero (2015) afirma que “la psicología clínica-comunitaria, es una rama de la psicología comunitaria, en construcción” (p. 9).

Esta idea, ya había sido planteada por esta autora, en 2006, cuando defiende la idea de hablar de manera genérica de la psicología comunitaria, pues a pesar de su indudable carácter psicosocial, abarca varios subcampos, entre los que designa a la clínica-comunitaria. No obstante, en este mismo artículo, Montero (2006), asegura que los objetos de estudio de la psicología comunitaria “son la comunidad y los procesos y relaciones psicosociales que en ella se producen” (p. 27). Esto, a mi modo de ver, deja por fuera a la PCC, al no considerar los procesos clínico-comunitarios y mantener el énfasis psicosocial.

Para Agustín, el trabajo clínico-comunitario no es una cuestión que le pertenece a la psicología comunitaria, deslindándolo incluso como particular de la psicología:

Y en el trabajo clínico comunitario salen al territorio, y salen a familiarizarse con la vida de las personas, y la familia de las personas, entonces incluso uno podría decir que lo clínico comunitario ni siquiera podría ser una cuestión propia o que le pertenece como un territorio en realidad a la psicología comunitaria. Hay otras disciplinas que amparan una perspectiva comunitaria y territorial de trabajo y no es necesariamente la psicología. (Agustín, A)

Por el otro lado, Jason y Aase (2016), en el manual de la APA, juzgan la PCC como un área de especialidad de la psicología clínica, asumiendo que es una propuesta alternativa dentro de esta, al incorporar nuevas perspectivas y roles para los/as psicólogos/as, que trabajan colaborativamente con ciudadanos y organizaciones comunitarias. En este artículo, se da cuenta de los aspectos claves de esta subespecialidad, señalando sólo autores/as anglosajones: Bronfenbrenner, 1979; Iscoe, Bloom y Spielberger, 1977; Jason y Glenwick, 2012; Kelly, 1985, 2006; Moritsugu et al., 2013.

Desde esta mirada, los/as pcc asumen una perspectiva sistémica y un modelo ecológico, a fin de ampliar el alcance de los servicios psicológicos; capacitar y supervisar a paraprofesionales; participar en la defensa y análisis de las políticas sociales, desarrollar programas de prevención en vez de tratamiento, enfatizar en las competencias sobre las debilidades, reconocer la colaboración entre disciplinas y aportar al cambio social, bajo un enfoque de justicia social y compromiso con el empoderamiento y el comportamiento cívico (Jason y Aase, 2016).

Estas dos miradas conducen a pensar en la interrogante que indica Pedro: “¿será posible hablar de una única PCC?”. Claramente, la APA nos muestra una PCC de carácter anglosajón, ante la cual Agustín tiene una visión crítica que argumenta de la siguiente manera:

...porque en el fondo lo que hace la APA, como su visión obviamente más norteamericana, lo ve como una subdisciplina de lo clínico, y lo que yo alcancé a leer de Ornellas y Vanderman en un libro que salió en la Oxford University

Press el año pasado, ellos hablan de puros trastornos psiquiátricos severos, y hablan de psiquiatría comunitaria para abordar con el critical time intervention tiene un fondo de tratamiento de sentido comunitario pero para no insertar a psiquiátricos que estaban ahí. Entonces, en el fondo, allí lo comunitario, o en este caso la clínica comunitaria, se subordina a la visión biomédica o clínica en relación a lo comunitario. (Agustín, A)

En este escrito he dejado claro que este estudio está enmarcado en la PCC en América Latina, pero no era posible eludir el pronunciamiento de la APA respecto de la existencia de la PCC. Y, en todo caso, Pedro, desde el marco latinoamericano, comenta que, si tuviera que precisar esta pertenencia de la PCC, admitiendo que es complicado hacerlo, coincide con la propuesta anterior, pues considera que las bases de la PCC parten del ámbito de la clínica, aunque hay una ruptura con este ámbito al trascender los límites de la psiquis. En sus propias palabras:

Las bases de la intervención parten de una serie de suposiciones que han sido históricamente propias del ámbito de la clínica como son las dimensiones de lo que significan los temas generales de la salud mental: el problema de cómo te aproximas a la comprensión del sufrimiento, cómo te aproximas al diagnóstico, las herramientas que vas a utilizar. Ahora, creo que sería un error, y ahí es donde quizá está el matiz, pensar que esto es clínica y ya, porque la clínica de nuevo ha sido incluso resistente epistémicamente a poder pensar más allá de los límites de nuestra psiquis. Ahí es donde podría, ahí es donde yo entendería que viene el acto como decir de ruptura. (Pedro, A)

En su disertación sobre esta controversia, Pedro resalta la importancia del movimiento social comunitario como uno de los aportes más significativos de la

psicología latinoamericana y, en especial, su carácter de ruptura a nivel teórico, epistemológico y metodológico que se requiere para entender la PCC:

...primero una ruptura epistemológica y con respecto a saberes dominantes, hegemónicos [...], luego una ruptura teórica con respecto al lugar de donde está la voz de la producción del conocimiento y luego una ruptura metodológica con el modelo, como, por ejemplo, la Investigación Acción Participativa y las diferentes formas de aproximación [...] la investigación en psicología es lógica y, la investigación social comunitaria es dialógica [refiere a una autora] [...] eso requiere un crédito epistémico fundamental [...] el objetivo de una clínica comunitaria supone un bagaje y una tradición que solo podemos entender plenamente si entendemos la tradición de lo comunitario.
(Pedro, A)

En la definición de PCC (ya presentada en el marco referencial), propuesta por Rodríguez (2003) y complementada por Montero (2010), se le da el carácter de subespecialidad, dentro del marco de la psicología, reconociendo que se alimenta de la Psicología clínica y la Psicología comunitaria. A partir de lo que he articulado con los/as colaboradores/as, aprecio que sus bases paradigmáticas son más próximas a la Psicología comunitaria, pero el abordaje y comprensión incorpora sustancialmente la psicología clínica.

Ello muestra otra alternativa que reconoce las disciplinas de origen, pero le da una identidad independiente de ellas, lo cual comparto en tanto es posible pensar en procesos clínicos, comunitarios y clínico-comunitarios por separado, sin que ello

implique que son islas, pues el punto de partida sería la comprensión del ser humano desde la complejidad.

Agustín estima que aún no hay madurez para pensar que la PCC sea una subdisciplina y valora que se trabaje en la clarificación conceptual, pues hay mucha confusión en torno al tema, *“cuando se habla de comunitaria, se está hablando de salud mental comunitaria, pero también de psiquiatría comunitaria, hace falta una precisión conceptual que a lo mejor puede ser interesante en tu trabajo”* (Agustín, A).

Comparto con Agustín y Pedro que en la actualidad no se pueda pensar en una subdisciplina consolidada, lo cual de hecho fue la motivación principal para este estudio. No obstante, la asumo como una subdisciplina en construcción que cuenta con una serie de conocimientos sistematizados que permiten entender la salud mental comunitaria, tal como ha quedado plasmado en este texto. Proceso que no necesariamente responde a los formatos de formalización tradicionales tal como señalaré en los subpuntos que siguen.

7.3. Formalización de la PCC: Ubicando Alternativas

Teresita muestra cómo en México la PCC aún está en sus inicios, por lo que corresponde hacerse preguntas como: ¿la PCC es clínica o comunitaria?, ¿qué aspectos y temas le competen?, ¿los/as profesionales trabajamos con las comunidades o a ellas también les toca trabajar con nosotros?

La formalización, según esta colaboradora, sería pertinente para saber qué se puede decir y resolver teóricamente, *“qué puede facilitar esos diálogos”*. Por el

momento, Pedro estima que actualmente no se puede hablar de una formalización de la PCC, que más bien se puede encontrar una sensibilidad clínica comunitaria y que se puede pensar como un marco global o una tradición de pensamiento a la manera de una “estructura coral”. Veamos estos tres elementos en sus propias palabras.

- Como sensibilidad:

Yo no creo que hay una clínica comunitaria, yo creo que hay una sensibilidad clínica comunitaria y diferentes grados de formalización que no llegan a ser suficientemente hegemónicos para decir este es el modelo clínico comunitario como tal que tenemos disponible, yo no lo he visto, no sé si tú lo has visto, yo no he llegado a ver eso. (Pedro, A)

- Como dispositivo global

...es que a lo mejor más que una clínica comunitaria como un dispositivo global [...] lo que nosotros podríamos mejor pensar es que tenemos un ámbito general donde tenemos cierto temas de salud, donde el sujeto y la sociedad están unidos y desarrollamos, yo diría, o estrategias particulares para ciertos elementos que resuelven ciertos temas de ese ámbito, por ejemplo, ciertos temas relacionados con la psicoterapia, ciertos temas relacionados con la salud mental en la comunidad como ámbito general, ciertos temas relacionados con lo psicopolítico, ciertos temas relacionados con fenómenos como, por ejemplo, con intervenciones más sociales en ámbitos un poco más fenomenológicos, ciertos temas relacionados con la salud física y su intersección con la conducta. (Pedro, A)

- Como tradición de modos de pensamiento: estructura coral

Entonces, no es una, que es más que una formalización, una tradición de modos de pensamiento que pueden ser bastante convergentes y que no necesariamente

todo el mundo llamaría clínica comunitaria. Podría estar armonizando con una cantidad inmensa de correspondencia y podría producir un interesante, como decíamos como una estructura coral, hasta qué punto la psicología comunitaria más que una sola, es una estructura coral. (Pedro, A)

Si bien coincido con Pedro en que no se puede hablar de una formalización como tal, la concurrencia de principios, nociones centrales, estrategias y dispositivos de trabajo de manera concatenada que han emergido en esta conjunción polivocal, me permiten pensar que hemos logrado ir más allá de una sensibilidad clínica-comunitaria y de ser un dispositivo global, o que al menos puede hacerse a partir de esta estructura.

Por otro lado, me resulta interesante considerar esta idea de estructura coral, que permite pensar a la PCC, no en solitario, sino en un proceso de actuación y construcción que a manera de red conecta con distintas disciplinas, actores y sectores, tal como argumenta Ussher (2012): “La clínica comunitaria como una subespecialidad emergente tiene como objeto un campo de problemas complejo, a elucidar desde una perspectiva inter-teórica, interdisciplinaria, intersectorial e intercultural” (p. 311).

Ahora bien, como dice Pedro, tal vez somos pocos los/as que estemos interesados/as en trabajar en esa formalización, pues a algunos/as, como lo expresó Marcela, les genere cansancio pensar en dicha formalización al sentir que, en la práctica, muchos hablan de clínica-comunitaria, pero siguen arraigados a la visión tradicional.

Considero que esta investigación ha sido un ejercicio interesante en el que diferentes actores/as nos hemos dispuesto a contribuir a este espacio de formalización,

incluso aquellos/as comúnmente excluidos como es el caso de los/as estudiantes y las personas de la comunidad, por lo cual pienso que las apuestas de construcción colectivas pueden ser un buen dispositivo para ello.

7.4. *Límites Borrosos de la PCC*

Hemos visto como para los/as participantes explicitar su identidad profesional no es, en todos los casos, tarea sencilla, pues probablemente estamos acostumbrados a hacerlo teniendo categorías cerradas o claramente definidas, lo cual no ocurre siempre desde una perspectiva de la complejidad. Tal es el caso de la PCC, cuya definición y ubicación como categoría científica no ha resultado fácil.

En este sentido, si bien en las décadas de los 60'-70' tuvo un gran auge la tendencia a la especialización, creando campos cada vez más específicos; en la actualidad, hay una búsqueda a la construcción de un pensamiento más integrador donde se prioriza el quehacer interdisciplinario e incluso transdisciplinario. Cabría preguntarse, entonces, por qué hablar de Clínica-Comunitaria como otra sub-disciplina.

Al respecto es útil rescatar que así como la PCC sustenta una comprensión integradora y compleja del ser humano y la realidad, lo cual amerita la incorporación de otras perspectivas disciplinarias, también defiende la necesidad de visualizar y atender aquellos aspectos que socaban el bienestar psicológico y los problemas de salud mental que aquejan a las comunidades, y para ello sí requerimos de una mirada particular que permita entender y responder a tales situaciones (Goncalves de Freitas, 2012); así como ciertos conocimientos y experticias que se adecúen a dichas demandas.

No obstante, ello no implica que esta especificidad, por llamarlo de algún modo, sea cerrada y restrictiva, al estilo de lo que suponía la fragmentación del conocimiento de décadas pasadas, a la que me referí antes. Esto lleva a pensar en la idea que trae a colación Pedro, respecto a que pudiera considerarse a la PCC como disciplina de frontera, es decir:

...te pones en un lugar donde estás tomando elementos de una disciplina y otra disciplina para generar nuevos conocimientos que no se generaría desde una disciplina por sí sola, yo creo que así también se puede ver un poco ciertas cosas de la clínica comunitaria. (Pedro, A)

Al respecto, este colaborador considera que ello:

...se puede resolver haciendo esa integración, creo que se puede resolver haciendo una síntesis, incluso utilizando algunas prótesis, o se puede resolver haciendo una formalización más compleja que proponga una diferenciación con respecto a las diferentes áreas involucradas. (Pedro, A)

Todo apunta a asumir una forma distinta de plantear esta formalización, teniendo como punto de partida la complejidad y la borrosidad de los límites de la PCC como elementos definatorios de base. Ello, tal como argumenta Manuel, tiene la bondad de mantener la tensión y el cuestionamiento permanente entre miradas usualmente consideradas diferentes y en ocasiones contrapuestas, haciendo de la PCC un espacio para el encuentro sin fronteras, en el cual se irán estableciendo las especificidades que corresponda.

Siendo que, desde su génesis, esta subdisciplina busca responder a la realidad social, el carácter clínico debe estar porque forma parte del ser humano, de su bienestar y sufrimiento vivido en colectivo y, por tanto, también incorpora lo comunitario que per se es social. De esta manera, como plantea Teresita, dejamos de fragmentar, pues estamos atrapados en sistemas binarios, que nos exigen permanentemente estar definiendo lo qué es o no es.

La historia de la psicología comunitaria puede servir como ejemplo, en el sentido de que inicia como una forma de cuestionamiento que busca respuesta en la literatura de otras disciplinas, de las cuales va integrando de manera coherente diversas nociones, principios y estrategias hasta lograr conformar su propio marco teórico-metodológico.

De esta manera, “la problematización recursiva de las relaciones entre las prácticas y las teorías que las sostienen están orientadas, en este caso, por la búsqueda de mejores condiciones de salud de las comunidades con las que trabajamos” (Ussher, 2012, p. 310).

Y, en este sentido, la flexibilidad y creatividad con un marco de referencia sólido, sin improvisación, son claves para dar lugar a un encuadre contenedor definido desde las necesidades de la población (Pezo del Pino et al., 2008). Tal como revisamos en el apartado de estrategias, la diversidad de las mismas puede ser empleada por cada pcc, acorde a lo que amerite las circunstancias y en función de su manejo y apropiación de las mismas, pero siempre en congruencia con los principios y nociones centrales de este campo.

Ahora bien, el punto de partida para esta construcción de la subdisciplina es su posicionamiento político al incorporar el adjetivo comunitario a la clínica pues, como coinciden Isabel, Elena y Marcia (PE PUCP):

Si hablo de psicología comunitaria, la palabra comunitaria ya te está llevando al entendimiento más social y decir social comunitaria podría incluso en términos más prácticos [...] sonar redundante, en cambio si hablamos de lo clínico comunitario creo que le da otro matiz que releva [...] lo pone más presente, lo nombra y cuando lo nombras, existe. (Isabel, PE PUCP).

No se trata, entonces, de seguir creando más fragmentaciones del conocimiento, de la comprensión y del quehacer, pero tampoco de cometer omisiones que invisibilicen la demanda de atender ciertas problemáticas con determinados marcos. De tal modo que el compromiso con las demandas de la realidad y el abrir espacios académicos que favorezcan la producción de conocimiento son dos compromisos interconectados, que se nutren mutuamente.

Esta condición de la PCC como una subdisciplina sin fronteras puede evidenciarse en algunos puntos centrales que detallare a continuación:

7.4.1. Sentido ético-político frente a la realidad social

Las exposiciones de los/as colaboradores/as respecto de la pertinencia de la PCC vinculada a su aporte a la realidad social es claramente el pilar central para la existencia de esta subdisciplina. Al respecto, Ussher (2012) comenta que,

...la necesidad de responder a las demandas comunitarias complejas, sobre todo aquellas que emergen de poblaciones en situación de pobreza y exclusión

social. Estas demandas interrogan acerca de las especializaciones, las fragmentaciones, las disciplinas y los disciplinamientos que surgen a partir de ello y nos lleva a la necesidad de centrarnos en los problemas a abordar más que en las demarcaciones disciplinares o teóricas. (p. 309)

De este modo, las tomas de decisiones priorizarán por dar respuesta a las demandas de la realidad social, que bajo la concepción de la complejidad implica incorporar diversidad de miradas disciplinares, enfoques, sectores y actores/as, evitando así los reduccionismos.

Por otro lado, para garantizar este posicionamiento ético-político las voces de las personas de las comunidades en diálogo con los/as demás actores/as involucrados se hacen prioritarias, porque se trata de considerar el respeto al otro y la incidencia ciudadana.

7.4.2. Diversidad y encuentro: polivocalidad y transdisciplinariedad

El punto anterior nos conecta directamente con este aspecto que refiere justo a potenciar los procesos de inclusión, los cuales podemos ubicarlos desde tres lugares. El primero de ellos referido a las relaciones entre las personas involucradas, implica generar un diálogo abierto entre los/as distintos/as actores/as y promover la incorporación de los discursos usualmente dejados de lado, dentro del acuerdo social hegemónico. Ello responde al método analéctico, ya descrito en el capítulo metodológico, dando lugar a la polivocalidad.

En este sentido, "...la celebración de la diversidad significa la construcción activa de lugares de encuentro de personas con historias, valores y formaciones distintas para la realización de un trabajo conjunto" (Llorens, 2003, p. 168).

El segundo elemento se relaciona con las miradas disciplinares incluidas en el proceso que, como se ha dicho, ha de estar abierta a otros lenguajes y miradas para garantizar una comprensión desde la complejidad, por lo que, si bien logramos apenas poner en práctica la interdisciplinariedad, debemos apuntar a una perspectiva transdisciplinar coherente con una subdisciplina que busca romper los límites disciplinares.

Ello supone "superar los linderos estructurales lingüísticos que separan una disciplina de otra y, al mismo tiempo, involucrarse en un diálogo intercultural" (Martínez Miguélez, 2007, p.13). La dialéctica favorece este camino en tanto no busca eliminar la postura contraria sino "sopesar su valor y su fuerza", a través del arte de preguntar (Martínez Miguélez, 2007, p.13).

En este orden de ideas, Pedro alerta, por un lado, la necesidad de no caer en radicalismos que no permitan comprender de manera más integral los procesos, pero que ello no conduzca a la pérdida de nuestro nicho disciplinar. A continuación, muestro sus argumentos en torno a estos dos aspectos:

Eso me preocupa muchísimo, ese es el otro extremo con el que también hay que luchar, porque entonces la psicología termina siendo eso, una red intrapsíquica tan exigente, tan hegemónica, que te cuesta entender que esos procesos requieren de otros elementos y de otras ataduras técnicas y teóricas

para poderse entender [...] cómo perdemos de vista que hay ciertos problemas que requieren entender que hay dimensiones sociales comunitarias, interpersonales e intrapsíquicas que interactúan entre sí y como en muchas ocasiones cuando tomamos posturas muy radicales estamos dispuestos a negar la existencia de las otras dimensiones [...]

...yo creo que podríamos coexistir en un ámbito interdisciplinar sin ninguna duda y creo que además tenemos que hacerlo, pero que exista disciplinariedad tiene que ver más, tal como yo lo entiendo, con la posibilidad de generar diálogos para, por ejemplo, producir cambio, transformar elementos, pero sin abandonar el hecho que hay un nicho identitario que yo creo que tenemos que nosotros defender, es un nicho identitario donde interpretamos las cosas como un psicólogo y ofrecemos respuestas como psicólogo no como algo distinto a un psicólogo, aunque algunas cosas puedan resolverse de algún modo fuera de la psicología. (Pedro, A)

Ahora bien, siempre pensamos en la vinculación con las otras disciplinas, pero no solemos discurrir entorno a las vinculaciones entre los subcampos de la propia disciplina, no existiendo un término para ello. Tal vez podría pensarse en transintradisciplinariedad. En cuyo caso, la PCC sería un ejemplo claro de ello, habiendo incorporado los conocimientos de los campos clínico y comunitario para transformarlos y constituir su propio cuerpo de conocimientos. El guión que lleva el nombre de la subdisciplina es tal vez la forma simbólica de expresar esta posición y, en este sentido, podríamos definir a la PCC como una trans-subdisciplina.

Al respecto, Agustín comenta:

...es como la misma idea de lo transdisciplinario, yo hablo de lo que más conozco últimamente, lo rural, puede ser abordado por muchas disciplinas, o

sea es trans. [...] Entonces claro, esto me parece que es una idea interesante seguir desarrollando porque también indica un esfuerzo de los mismos cuerpos profesionales y académicos, precisamente de no dicotomizar el tema de los fenómenos psicológicos de sufrimiento en relación a sus contextos y cómo se puede juntar un clínico y un comunitario sin decir que el otro está equivocado.
(Agustín, A)

El tercer aspecto es el intersectorial, que supone el trabajar en conjunto desde diferentes tipos de entes: gubernamentales y no gubernamentales; públicos, privados y comunitarios. Se busca, como su nombre lo indica, producir un intercambio en el que puedan confluír las distintas actuaciones en miras de aportes a la construcción de ciudadanía, en cuyo caso es central la injerencia en las políticas públicas, de modo tal que se adecuen a los contextos y las personas. Ello nos lleva de nuevo a la dimensión política de la PCC.

7.4.3. El continuo clínico-comunitario: más allá de la dicotomía

En este transitar desde sus dos disciplinas de origen, según Rodríguez (2003), el objeto de la PCC parece debatirse entre la persona como unidad y la comunidad como unidad, por lo cual debe superar esta dicotomía clásica pues sino sería uno u otro enfoque con énfasis en el otro. En la práctica, Carlos comenta como en una misma organización o proyecto se puede tender hacia un lado u otro:

Para nosotros es importante tener esa mirada general, para a partir de ahí instrumentalizar el siguiente paso que es saber cómo será la intervención comunitaria o si es una intervención clínica o una intervención más a abordar un aspecto determinado [...] en Lima estamos trabajando más a nivel clínico

dentro de la institución que a nivel de varios organismos públicos, el trabajo comunitario lo realizamos en la calle y en Huancayo, ahí es donde más se da lo clínico comunitario. (Carlos, P)

En acuerdo con Rodríguez (2003), y sin obviar la realidad que nos muestra, Carlos estimo que si se trata de hacer clínica-comunitaria es importante romper las dicotomías, no solo la de individuo-comunidad sino todas las que hemos visto a lo largo de este trabajo (patología-salud, síntoma-recurso, consultorio-comunidad). No obstante, se podría hacer clínica con sensibilidad comunitaria y viceversa, sin que ello implique que el/la profesional deba asumirse como clínico-comunitario.

En tal sentido, la PCC, entre otras cosas, como comenta Pedro, se posiciona más allá de la comprensión de los fenómenos a partir de los individuos concretos, como lo hace la psicología clínica tradicional y se aproxima al trabajo con las poblaciones más vulnerables como lo ha hecho la psicología social comunitaria, podríamos decir, superando las limitaciones de estas:

La psicología ha fracasado sistemáticamente utilizando dispositivos de intervención intrapsíquico en el manejo de pobreza y exclusión, sistemáticamente ha fracasado, pero otra cosa importante, sistemáticamente lo sigue intentando [...] la psicología social también ha tenido serias limitaciones, graves limitaciones para poder entender algunos procesos que están vinculados a ciertos componentes importantes de salud mental en gran medida porque la psicología se ha posicionado en muchas de estas cosas no de una manera teórica, sino de una manera ideológica. (Pedro, A)

En esta línea, Koh Yah y Castillo León (2014) expresan que, “la participación en la comunidad, ha permitido avanzar hacia una idea más amplia de lo que es el campo de acción tradicional de la psicología clínica y, a mayor profundidad, de lo que suelen ser las intervenciones en Psicología Comunitaria” (p.129).

Ahora bien, más allá de superar estas limitaciones se trata de pensar en la idea de un continuo, al estilo de lo planteado respecto del malestar-bienestar, en el que la PCC pueda transitar entre lo individual, lo social y lo comunitario, pero no como una suerte de colocarse en un nivel de trabajo en cada oportunidad sino de pensar la intersección de estos tres niveles aun cuando frente a sí tenga a una persona, un grupo o una comunidad.

Para Agustín, la comprensión clínica-comunitaria “*es necesariamente psicosocial, en el fondo es una explicación que está a mitad de camino entre lo psicológico y lo social. Y la manera de intervenir el trabajo es tanto clínico como comunitario*” (Agustín, A). Ello conlleva la concepción del tema, cómo ves el problema y la manera de abordarlo. El cómo se piense el problema determina, delinea la aproximación:

La concepción de cómo emerge el tema clínico y el modo de abordaje que va en continuo de lo clínico al territorio, y a cómo esa persona puede disponer de los recursos sociales en su territorio, entendiendo el territorio no como una noción geográfica, sino como un campo de recursos hablando de organizaciones, hablando del tejido, etc. [...] en el sentido de modo de trabajo, de modo de construcción, de relación, más que la cosa de lo comunitario como una comunidad. (Agustín, A)

En este sentido, Agustín señala que esta mirada ha sido la planteada desde Latinoamérica, a diferencia de la del mundo anglosajón y europeo:

Aquí en Latinoamérica hemos ido desarrollando de alguna manera una visión más ligada a esta idea de lo clínico comunitario, o la salud mental comunitaria, como algo más ligado a la salud positiva, es decir, centrarse no solamente en el déficit, la patología, o la carencia, sino que también con una visión o una noción de sujeto en término de recurso [...] Entonces, en el fondo para mí, el tema ni siquiera es la salud mental, el tema es la perspectiva comunitaria como una manera inclusiva y participativa de agarrar fenómenos sociales. (Agustín, A)

En definitiva:

...hay un problema teórico y es que en realidad lo que la clínica comunitaria intenta, lo que hace la clínica comunitaria que no hacen las otras áreas, es que está interesada en la intersección de lo social y lo individual, y está interesada en comprender cómo es esa rayita, esa línea, qué muestra esa línea, cosa que la psicología comunitaria sola no hace y la psicología clínica sola tampoco hace. (Pedro, A)

Agustín aporta a esta discusión pensando esta idea del continuo entre lo clínico y lo comunitario, rompiendo las barreras intradisciplinarias, pues las separaciones no permiten ver lo distinto:

...a mí me parece interesante desde el punto de vista del esfuerzo intelectual y práctico que implica trabajar entre dos ámbitos de la psicología históricamente, incluso en el pregrado, se reproducen los estereotipos, los clínicos, y además uno dice, yo soy clínico, soy comunitario, [...] entonces yo

creo el punto de vista como más abstracto implica un esfuerzo por precisamente hacer esa ruptura de esas barreras intradisciplinarias que solo hacen que la gente vaya por caminos distintos y que no puedan distinguir el continuo que hay entre lo más individual y lo más social. (Agustín, A)

[Lo] clínico comunitario fuerza a pensar dos ámbitos de la psicología que han estado siempre compartimentalizados, separados de su frontera, y nos está obligando a profesores, doctoras en psicología clínica, o profesores como yo, a ver cómo nosotros deconstruimos los límites, las fronteras, entre lo uno y lo otro. [...] cómo personas que vienen de estos mundos, sabiendo que además la gente que viene con doctorados etc., sabe que en el fondo las disciplinas están obligadas hoy día a fusionarse, a hibridarse, a buscar puntos de intercepción, en lugar de ponerse una camiseta, así como fanático de 'yo soy esto y el resto está mal' [...] En ese sentido lo clínico comunitario podría ser una expresión de esa voluntad más abstracta, de intentar juntar ámbitos que en el mundo de las profesiones no están juntas. Puede expresar eso, puede expresar un deseo. Yo en Chile no conozco a nadie que hable así, creo que es muy difícil, entre otras cosas porque el mundo profesional está muy compartimentalizado aún. (Agustín, A)

7.4.4. Perspectiva crítica de la PCC

Manuel vislumbra esta dimensión de la ruptura que hace lo comunitario, estableciendo una perspectiva crítica dentro de la psicología y, en particular, en la psicología clínica y lo muestra enlazado con su propio proceso como psicólogo clínico acercándose a lo comunitario que le lleva a continuar su trabajo de atención individual enmarcado en el contexto:

...cuando me voy acercando a la mirada comunitaria, me voy acercando a una de varias perspectivas críticas que cuestionan entonces la mirada clínica individualizada, patologizante que a veces coloca en un rol pasivo al recipiente de la ayuda, entonces la psicología comunitaria pareciera empezar a ser una herramienta para poder atender a una dimensión más amplia que el individuo, pero al mismo tiempo para cuestionar y para repensar cómo uno concebía la psicología. (Manuel, A)

De esta manera, para Manuel el plantear si la PCC es una subdisciplina y a quién pertenece, no es central, lo verdaderamente importante es la posibilidad de que la PCC se mantenga como un espacio de crítica y de tensión permanente, lo cual vincula con su proceso de formación de pregrado en el que se aproximó a la perspectiva crítica y luego los estudios en psicología comunitaria, en el que se fue acercando a distintas corrientes críticas (feminismo, marxismo, movimientos de usuarios):

...para la utilidad que yo le encuentro, no sé si meterla en una disciplina o subdisciplina es lo que más resulta útil, porque más bien, si lo que quiero es que siempre me esté descolocando, su bondad es que me descoloque de un lugar que ya tiene respuestas hechas, sino que más bien me obligue, me obligue a estar siempre cuestionando y estar en tensión en el proceso de responder las preguntas que nos interesa tratar de atender, entonces, allí más bien es como el lugar donde nos encontramos personas que nos estamos haciendo preguntas sobre el individuo y el contexto, sobre la comunidad, y cómo autogestiona, soluciona sus problemas. (Manuel, A)

Continuando con la línea de pensamiento de Manuel, la PCC tiene un posicionamiento metateórico distinto y más amplio, con una dimensión epistemológica

que, cuestiona la producción del conocimiento y la noción de verdad; al igual que incluye la dimensión ética y política (refiere a Maritza Montero) *“que te obliga a hacerte preguntas sobre el poder, y te obliga a hacerte preguntas sobre lo correcto y qué es una buena vía para poder estar en una perspectiva”* (Manuel, A). Todo ello brinda una mirada diferente para analizar las problemáticas y mantener un cuestionamiento constante al confrontar teorías y perspectivas en tensión:

Parker⁷ plantea: uno no tiene que acercarse al problema con una sola perspectiva, una teoría, sino que podría ser útil aproximarse a los problemas con teorías o perspectivas que estén en tensión entre sí, y que poder acercarse al problema con teorías que estén en tensión, te obliga a estarte siempre preguntando y tratando de ver los puntos ciegos que aboradas cuando hablamos de un problema. [...]

...más allá que nos encontramos con esas preguntas, no estamos buscando la clínica comunitaria como un lugar para que nos responda sino para que nos ayude a pensar, para que nos cuestione, para que nos acompañe a ese proceso de indagación a través de una contrastación, de una tensión. (Manuel, A)

Finalmente, Pedro aprecia que no hay una sola PCC, porque no existe una convergencia, pensarla como única negaría *“la posibilidad de que puedan generarse nuevas dialogicidades”* y lo que llamamos PCC puede llamarse de otra forma en otros lugares.

La borrosidad de los límites de la PCC le permite mantenerse en este espacio de tensión al que refiere Manuel y de dialogicidad que menciona Pedro, en la que se pueden encontrar psicólogos/as comunitarios/as, sociales y clínicos/as. En ese tránsito

⁷Ian Parker es un psicólogo británico con grandes aportes en las perspectivas críticas.

pueden aportar a ella, adquiriendo la identidad como pcc sin tener que abandonar su otra identidad. Como si se tratase de una doble nacionalidad, en la que nos podemos sentir pertenecientes a dos o más subdisciplinas, sin sentir que con ello se traiciona a la otra. Evidentemente, ello supone que estas se influncian entre sí, por lo que no podría tratarse de perspectivas antagónicas, pero tampoco unificadas.

En este ámbito de fronteras abiertas alguien pudiera referir hacer clínica y clínica-comunitaria, comunitaria y clínica-comunitaria o sencillamente, hacer clínica o comunitaria siendo sensible a la clínica-comunitaria; es decir entendiendo sus principios y dejando que ellos permeen su accionar desde el otro campo. Del mismo modo, un clínico o comunitario puede reconocer la importancia de la PCC sin sentirse parte de ella. Es, en definitiva, una identidad no restrictiva.

Este apartado nos remonta a los inicios de la PCC en América Latina y la pertinencia de su existencia dada la necesidad de responder a ciertas problemáticas en el continente. Es así como es una subdisciplina en construcción, con una formalización no consolidada, en el marco de las comprensiones paradigmáticas referidas a la complejidad. Esto nos da cuenta de la dificultad de establecer límites cerrados, para más bien plantear límites borrosos, los cuales permiten el encuentro de voces diversas y el cuestionamiento de las dicotomías tradicionalmente presentes en las comprensiones psicológicas (individuo-sociedad, clínico-comunitario, salud-enfermedad), posicionándola como una perspectiva crítica.

CAPÍTULO V

Conclusiones, Contribuciones y Desafíos: De Dónde Viene y

Hacia Dónde Va La PCC

Este capítulo engloba las conclusiones y contribuciones de esta investigación, recogiendo los contenidos centrales y resaltantes que han surgido a lo largo del proceso, así como los desafíos que se abren a partir de la misma.

Inicio con unas conclusiones generales del proceso de investigación para luego presentar la construcción de los elementos constitutivos de la PCC y el paradigma que la sustenta, acompañada de los criterios de rigor, una definición para la subdisciplina y algunos dispositivos a considerar para la praxis clínica-comunitaria. Seguidamente muestro los aportes principales de la investigación y las tareas pendientes para continuar el proceso de construcción de la PCC.

En los puntos acá desarrollados se sintetiza el logro de los objetivos previstos en este estudio, los cuales tienen una explicación más amplia en la discusión de los resultados. El objetivo central de la investigación fue construir con diversos actores los contenidos constitutivos de la Psicología Clínica-Comunitaria, lo cual se puede evidenciar con claridad en el punto dos de este apartado en el que se explicitan tales contenidos (aportes de la psicología clínica y la comunitaria a la PCC, principios y procesos clínico-comunitarios) y algunos otros que emergieron en el proceso de incursión (niveles de actuación, enfoques).

A ello se sumaron también algunos aspectos definatorios de la subdisciplina como lo fue su definición y la precisión del ámbito y propósito de la misma, así como una fundamentación paradigmática que permitiera sostener tales aspectos constitutivos. Ello permite concluir que los objetivos iniciales fueron ampliados y profundizados. Finalmente, el objetivo relativo a los retos de la Psicología Clínica-Comunitaria, queda explicitado en las asignaturas pendientes de este apartado.

1. A Modo de Introducción: Algunas Reflexiones Generales

La construcción de la PCC, desarrollada en este trabajo, ha implicado sistematizar y repensar ideas y prácticas que vienen edificándose desde hace algunas décadas en América Latina. Estas ideas y prácticas han tenido la intención de superar barreras hegemónicas que fragmentan el conocimiento en torno a la salud mental y mantienen una relación de oposición o distanciamiento entre áreas que buscan comprender al ser humano y a la salud mental desde una visión holística.

Esta postura ha invisibilizado, de algún modo, el lugar de la PCC al sostener miradas estereotipadas de la psicología clínica, considerándola individualista y patologizante, no susceptible de transformación; así como de la psicología comunitaria, pensada como ajena a los procesos de salud mental por encasillarlos en perspectivas individualistas e intrapsíquicas. Ante esto, es ineludible deconstruir las creencias en torno a la psicología clínica y a la comunitaria, reconociendo sus caminos e intereses comunes y los elementos distintivos, para pensar en un nuevo quehacer que se reconfigura a partir de ambos.

En esta misma línea, en este texto, desde el planteamiento del problema, pasando por el marco referencial y el análisis de los resultados, aparece como elemento resaltante la relación entre lo clínico y comunitario, haciéndose preguntas en torno a las alternativas de integración, tensión o coexistencia de ambos campos. Esto conlleva a reflexionar en torno al sentido, pertinencia, fundamentación y retos de la PCC.

Al respecto, los/as académicos/a colaboradores/as de este trabajo valoraron la realización de esta investigación pues consideraban necesario dilucidar los aspectos constitutivos de la PCC, lo cual coincidía con los objetivos previstos en dicha investigación. Así, ellos/as mismos fueron aportando a aquello que mostraban como un asunto por resolver. Por su parte, los/as colaboradores/as vinculados a la práctica de este campo se interesaron por reflexionar en torno a lo que se hace y en esgrimir alternativas para potenciar este quehacer. Esta disposición hacia el estudio muestra la importancia de mantener la interlocución y el diálogo entre quienes nos vinculamos a este ámbito.

Esta incursión ha evidenciado coincidencia y complementariedad entre opiniones y posturas de los/as diversos/as actores/as, aunque estén en países diferentes y se encuentren vinculados a la subdisciplina de manera distinta (académicos/as, profesionales, estudiantes, comunidad). Hay matices en los énfasis de cada uno, pero no mayor discrepancia.

De igual modo, se identificó correspondencia entre la literatura disponible de PCC y los discursos de los/as colaboradores/as; esto podría significar una apropiación y aplicación de los textos en la práctica; sin embargo, algunos/as (profesionales y

personas de la comunidad) no han estado expuestos a la literatura. Entonces, cabe plantear otras supuestos respecto de la razón de esta coincidencia.

Al respecto, se pudiera estar generando un cambio de visión a nivel social en relación con los temas de salud mental (concepción y abordaje), lo cual conduce a que profesionales provenientes de una formación clásica y restringida, en la práctica se cuestionen dicha formación e incorporen formas de hacer alternativas, y que personas de la comunidad propongan también miradas distintas a las tradicionales.

El otro supuesto implicaría que las personas están expuestas en la relación con otras que señalan o ponen en práctica estas posturas alternativas en torno a la concepción y actuación respecto de la salud mental en el ámbito comunitario. En todo caso, cualquiera de las tres presunciones entraña la intersubjetividad producto de la diversidad de relaciones en un contexto y momento histórico particular.

Las correspondencias aludidas permiten pensar que, si bien la PCC no cuenta aún con un alto nivel de formalización, están claras sus bases, teniendo el mismo sentido para todos/as. Tal vez obedece a su juventud disciplinar, lo cual me hace recordar lo que Montero (1994) señaló, en su momento, respecto de las primeras décadas de la psicología comunitaria: “esta psicología es primero que hacer en busca de un nombre. Innominado, pero no vacilante. Sus principios y orientaciones básicas estaban ya claramente delimitados” (p. 8).

En estos diálogos con los/as colaboradores/as fuimos poniendo al descubierto estas concurrencias, acompañadas de los detalles que las hacían distintas. A la vez que se problematizaban los aspectos constitutivos de la subdisciplina, su praxis y las formas

de relación entre actores/as, lo cual recuperaba preguntas en torno a nuestro lugar y el de otros e incluso de nuestros posicionamientos y nuestra identidad.

Este espacio reflexivo resultó enriquecedor y transformador tal como lo significa el socioconstruccionismo-crítico que ha servido de base para esta investigación. Si bien no he podido confirmar que ello se ha convertido en acciones concretas, sí fue clara la sensibilización que se generaba entre quienes conversábamos, cuando nos permitíamos interpelarnos a nosotros/as, en tanto profesionales de la PCC, a la par que a la propia PCC, e ir resignificando los aspectos sobre los cuales debatíamos.

Se trataba de conversar respecto de algo que nos interesaba porque estábamos involucrados/as de algún modo, con nuestras experiencias y conocimientos; por lo cual queríamos aportar para que tuviera repercusiones en la producción de conocimiento y/o en la puesta en práctica de la subdisciplina, pero sin desconocer la importancia de ambos aspectos y nuestra presencia desde lugares distintos, pero igualmente importantes, favoreciendo el encuentro analéctico.

En este sentido, las personas de la comunidad, por ejemplo, podrían aludir al lugar del/de la pcc y la forma cómo les gustaría actuaran, del mismo modo como los/as profesionales lo hacían respecto de ellas. Así todos/as los/as actores/as aportaron a generar el conocimiento en torno a la PCC.

En este proceso, en el marco del diseño emergente de la investigación, los guiones de entrevista se ajustaron acorde a cada tipo de colaborador/a y en el desarrollo de la entrevista o taller aparecieron elementos que trascendían a los objetivos

planteados, que constituían piezas importantes para aportar a la construcción de la PCC por lo cual ameritó incluirlos. Me referiré a cuáles fueron estos puntos oportunamente.

De igual manera, en esta línea del socioconstruccionismo crítico, en la mayor parte de los contenidos sugeridos por los/as colaboradores/as, se aprecia la valoración por el reconocimiento y respeto hacia el Otro, así como la reflexión en torno a cómo se podrían repensar las cosas o mejorar, tal como expresan las personas de la comunidad, en torno a lo que podrían aportar o a cómo mejorar la convivencia. De esta forma, se iban generando cuestionamientos en torno a las temáticas.

En el caso de los/as estudiantes, egresados/as, profesionales y académicos/as, surgían cuestionamientos en el diálogo y sus propias propuestas resultaban de lo que creían debería concebirse como alternativo a lo hegemónico, a la vez que evocaban reflexiones en torno a su propio proceso experiencial enmarcado en el vínculo con otros/as colegas y las personas de la comunidad con las que trabajan. Un ejemplo claro de ello es la manera como se plantearon las estrategias, a mi modo de ver, transversalizadas por esta mirada crítica, replanteando el encuadre, por referir a alguna de las más mencionadas. Se convierte así en una acción problematizadora para el/la propio/a pcc, quien debe estar atento/a a los ajustes del proceso y favorecer la flexibilidad.

2. La PCC: Una Construcción Colectiva en Movimiento

Los resultados en congruencia con la literatura y mi posicionamiento, en tanto investigadora y participante de la historia de desarrollo de la subdisciplina en

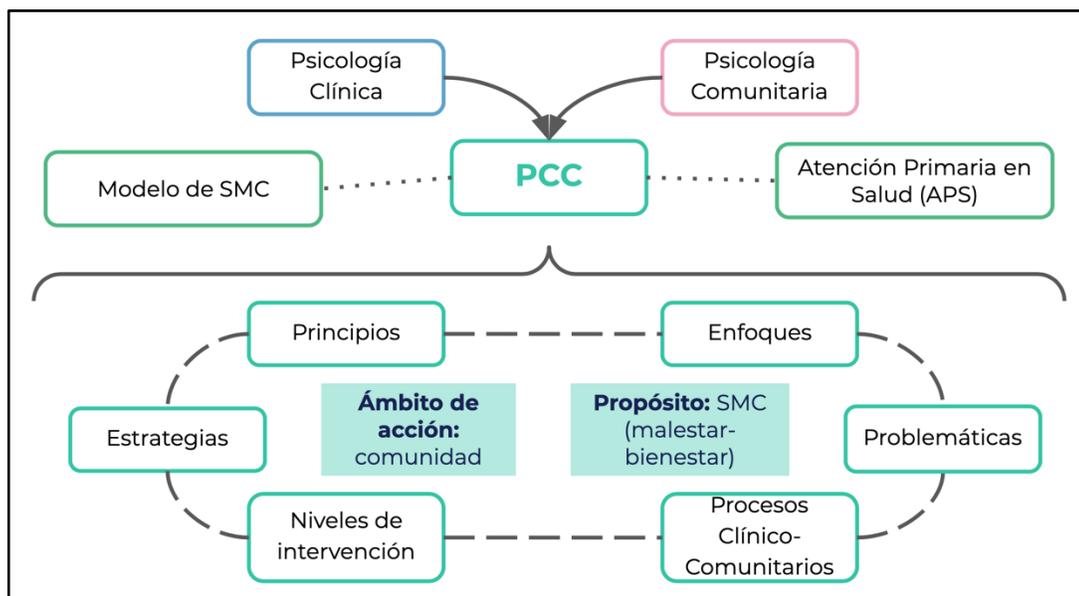
Latinoamérica, permiten estructurar una propuesta para la PCC. Esta propuesta integra los aspectos constitutivos y la base paradigmática, los cuales son susceptibles de transformación, al igual que la PCC.

2.1. Aspectos Constitutivos de la PCC

La Figura 9 organiza los elementos constitutivos para facilitar la comprensión de los mismos.

Figura 9

Diagrama de los aspectos constitutivos de la PCC



La figura muestra cómo la base de la PCC está en los componentes clínico y comunitario, propios de sus disciplinas de origen, la psicología clínica y la psicología comunitaria. Del mismo modo, camina a la par y entrelaza su ruta, en ocasiones, con

el Modelo de Salud Mental Comunitaria y la Atención Primaria en Salud con quienes comparte intereses en el marco de la salud mental.

Seguidamente se muestran los principios y enfoques que recogen la mirada de la PCC para delinear su actuación en torno a las problemáticas y procesos con los que le corresponde trabajar, los cuales serán abordados desde los niveles y estrategias de trabajo, que se adecuarán al contexto y a los actores con los que interactúa. De este modo, estos elementos actúan de manera integrada y flexible.

2.1.1. Indivisibilidad de lo clínico-comunitario

Las discusiones en torno a las dificultades de integración o encuentro de los aspectos clínicos con los comunitarios han acompañado el surgimiento de la PCC, por lo que considero es parte de su marca de nacimiento. Las discusiones van desde posturas más escépticas hasta las más confiadas, las cuáles han sido acompañadas de cuestionamientos y reflexiones, de orden teórico y/o práctico, que ya hemos revisado tanto en el marco referencial como en la discusión de resultados.

Esta discusión trasciende a la propia PCC y toma lugar importante para algunos/as profesionales o enfoques de las propias disciplinas de origen, que, sin pretender ser clínica-comunitaria, se preguntan cómo aproximar estos campos. De igual modo, en un sentido más aplicado, ámbitos como el de la APS tiene en su base convocar a estos dos campos para actuar de manera conjunta, pero se les exige a los/as profesionales el trabajo clínico, cuya demanda es alta, con la pretensión de incorporar lo comunitario (Parra, 2016).

En este sentido:

Cabe preguntarnos entonces cuáles son los mecanismos por los cuales, desde equipos que tienen una perspectiva integral, se siguen reproduciendo lógicas biomédicas, cómo se reproducen en las prácticas estas divisiones (pareciendo a veces irreconciliables) entre “lo clínico y lo comunitario” y cómo esto que se entiende como comunitario (que muchas veces es simplemente lo que queda por fuera del dispositivo clínico individual en consultorio) queda subsumido bajo la impronta clínica, aún para equipos que pretenden trabajar desde una perspectiva integral, crítica y reflexiva. (Bang et al., p. 57)

Asumo que estas contradicciones y dilemas que llevan a tendencias de carácter biomédico están conectadas con la formación de los/as profesionales y los conocimientos hegemónicos respecto de la salud. Así, todos/as hemos introyectado unas formas y prácticas que nos toca desaprender y reconstruir no sólo desde lo conceptual sino desde lo vivencial, a fin de que estos nuevos formatos sean inherentes a nuestras formas de actuar, pensar y sentir.

Definitivamente, es imperante la presencia de una mirada crítica, no hegemónica, de la clínica acompañado de un proceso transformador no sólo para la clínica, sino también para lo comunitario que obvia, generalmente, los procesos relacionados a la salud mental. Es fundamental desmitificar un solo formato/enfoque para estas dos psicologías pues la aproximación de los/as profesionales puede venir de uno u otro ámbito.

En este marco, si bien para algunos modelos estas reflexiones se mantienen, para la PCC se trata de un reto mayor, porque más allá de plantearse cómo dialogan lo clínico y lo comunitario, se trata de pensarse y ser de manera indivisible clínica-

comunitaria, como binomio indisoluble, que invita a reconocer que la complejidad del ser humano requiere mantener ámbitos en permanente tensión-confluencia, dejando de lado la preocupación de la integración.

Por otro lado, el recorrido de la PCC ha sido influido y acompañado por el Modelo de Salud Mental Comunitaria, especialmente en su desarrollo en América Latina, el cual ha abierto el camino en la reivindicación de los derechos de las personas con problemas de salud mental y la apuesta a formas de tratamiento fuera de la institucionalización; compartiendo así la lucha por deconstruir las miradas patologizantes de salud mental, lo cual les hace confluír en sus concepciones y modalidades de acción que conllevan a la injerencia en las políticas públicas.

Estas aproximaciones con otros modelos ratifican que el trabajo de la PCC no es solitario, por cuanto requiere y dialoga con otras miradas y otros sectores, promoviendo el lugar de lo inter y transdisciplinario, así como de lo intersectorial.

2.1.2. Ámbitos de acción y propósito de la PCC

Si bien estos dos elementos no estaban contemplados en los objetivos de la investigación y no fueron mencionados bajo esta concepción por los/as propios/as colaboradores/as, a partir del análisis realizado me atrevo a plantearlo, por cuanto me he percatado son elementos fundantes para el desarrollo de los demás aspectos de la propuesta.

La comunidad es el ámbito principal de acción de la PCC, la cual entiendo como el entramado de relaciones en la que se ha gestado una historia y símbolos compartidos,

y en la que se producen espacios de encuentro y desencuentro, producto de la presencia de elementos comunes y no comunes. Ello advierte la diversidad por encima de cualquier suerte de homogenización.

Dicha comunidad ha de comprenderse de manera contextualizada y no aislada, admitiendo la multiplicidad de agentes que interactúan con ella (organismos gubernamentales y no gubernamentales, academia, entre otros), acorde a las circunstancias. Ello no sólo es importante sino inevitable.

Ahora bien, desde su apuesta política, en consonancia con las motivaciones para su surgimiento, la PCC prioriza el trabajo con las comunidades en condición de desventaja social, en las cuales como hemos visto, tienen lugar problemáticas como la pobreza, la violencia y la ruptura del tejido social y las posibles consecuencias que de ellas se deriven.

Las tres problemáticas son manifestaciones claras, frecuentes y comunes de los procesos de inequidad social presentes en América Latina y, usualmente, están vinculadas entre sí, siendo que las formas de violencia suelen estar presentes en contextos de pobreza y ellas a su vez, generan ruptura del tejido social. De igual manera, las rupturas del tejido social, son dispositivos para generar situaciones de violencia y condiciones de pobreza. Entonces, ellas se comportan entre sí como una suerte de círculo vicioso en el que la una alimenta a la otra y terminan operando de manera conjunta.

Su carácter es muy amplio, pues tiene diversas formas de expresión. Así, por ejemplo, podemos referirnos a violencia social, política, de género y cada una tendrá

particularidades acordes a cada contexto, pero es similar el tipo de afectaciones en la salud mental comunitaria.

Corresponde a la PCC adecuar sus estrategias para el trabajo con estas dificultades conjuntamente con el resto de actores/as involucrados. Lo importante es tener claridad de la dimensión estructural de estas problemáticas para poder entender y atender situaciones que deriven de ellas, que en ocasiones pueden desligarse de las mismas. Tal es el caso del duelo comunitario o ciertos problemas de salud mental que devienen de procesos de exclusión social o estar expuestos a situaciones de estrés crónico en el marco de condiciones de vida depauperada.

En este sentido, el propósito de la PCC se centra en la SMC, como construcción colectiva, comprendida en el marco del continuo malestar-bienestar, en el que se desarrollan los procesos clínico-comunitarios. Ello implica el trabajo colaborativo con las personas de la comunidad y la negociación con otros/as actores/as relacionados, considerando los ámbitos personal y comunitario; así como el desarrollo ciudadano.

Finalmente, de manera usual, el/la pcc puede actuar desde alguno de los ámbitos que se relacionan con la comunidad, y no de manera independiente, y muchas veces está circunscrito a estructuras más clásicas como pueden ser los hospitales o servicios de salud convencionales, desde los que entonces le corresponde incorporar la mirada clínica-comunitaria para la comprensión de los procesos que así lo ameriten y ser un/a agente de cambio dentro de la propia institución propiciando movilizandoo concepciones cerradas en torno a la salud mental y a las propias comunidades.

2.1.3. Principios de la PCC

Los principios son estas pautas generales que orientan el cómo se ha de pensar y actuar desde la PCC, ellos transversalizarán entonces el trabajo clínico-comunitario. Estos expresan, en sí mismos, elementos paradigmáticos en tanto dan cuenta de cómo se concibe a las personas y la realidad (construcción social, comprensión contextualizada e histórica, agentes), la forma en cómo nos relacionamos y producimos el conocimiento los agentes inmersos en el trabajo (diálogo, intersubjetividad, cuidado del vínculo, diversidad, reconocimiento de saberes), y la forma de adecuar y emplear las estrategias para realizar las acciones comunitarias (sentido terapéutico, participación, fortalecimiento, trabajo en red). Estos se hacen presentes en las estrategias que han planteado los/as colaboradores/as.

2.1.4. Enfoques de la PCC

De manera similar a los principios, y vinculados a estos, los enfoques brindan una mirada focalizada en aspectos ineludibles en el trabajo desde la PCC, que están en correspondencia con el propósito de la subdisciplina. Así, lo psicosocial, el género y la interculturalidad dan cuenta de cómo los procesos de exclusión se fundamentan en la pertenencia de las personas a cierta clase social, género o grupo étnico.

Por tanto, la PCC debe incorporar en su comprensión y abordaje estas condiciones que repercuten en la salud mental de las comunidades, adecuando las estrategias de trabajo a dichas condiciones. Al respecto, en el análisis de los resultados, he dedicado un punto vinculado a la necesidad de incluir nuevos discursos en nuestro lenguaje académico, en el que he explicitado el buen vivir como expresión empleada

por pueblos originarios, que podemos asemejar a lo que denominamos salud mental, quedando en evidencia la trascendencia de la interculturalidad.

Por su parte, lo psicosocial se expresa a lo largo de todos los apartados de este trabajo, desde las razones para el surgimiento de la PCC, los principios, las problemáticas, los procesos clínico-comunitarios, los servicios clínico-comunitarios, las estrategias y, evidentemente, el lugar y relación entre los actores. De la misma manera que queda claro en el mismo ámbito y propósito del área.

En cada uno de estos elementos se muestra la presencia de la intersubjetividad y la vinculación de los aspectos estructurales, relacionales e individuales como indivisibles para cualquier acción o reflexión que se desarrolle desde la subdisciplina.

El género, si bien no es un tema al que he dedicado mayor tratamiento, esto no ha sido por omisión ni por considerarlo menos importante, más bien obedece, en primer lugar, a que no ha sido ampliado por los/as colaboradores/as y, en segundo y tercer lugar, a la necesaria delimitación de las investigaciones para cerrarlas en determinado tiempo y a la preocupación por darle la profundidad que esto amerita. Ante ello, se propone como una línea indispensable a continuar en esta disciplina. En todo caso, mi posicionamiento en el discurso de género de la tesis ha tenido la intencionalidad de hacer explícita su importancia.

En definitiva, las comprensiones y discursos inclusivos que explicitan estos enfoques son un foco central para la PCC en congruencia con sus principios, fundamentación paradigmática y su misma razón de ser.

Es interesante mencionar que este elemento, al igual que el siguiente, no se contemplaron en los objetivos y, en consecuencia, no formaron parte del gui3n; sin embargo, fueron introducidos de manera clara por algunos/as colaboradores/as, lo cual he considerado pertinente a lo largo del an3lisis de los resultados y crucial a la hora de crear esta propuesta.

2.1.5. Niveles de actuaci3n cl3nica- comunitaria

Debo iniciar por aclarar que en el an3lisis de los resultados me he referido a los niveles de intervenci3n de acuerdo a como es denominado por los/as colaboradores/as y la literatura; no obstante, tengo mis reservas con el t3rmino intervenci3n, aunque lo emplee cotidianamente como profesional tanto en los escritos como en la praxis. Este t3rmino ha sido empleado en las ciencias sociales con muy poco cuestionamiento (Mart3nez Guzm3n, 2014).

En mi opini3n, si bien esta denominaci3n pudiera referir a participaci3n, alude con mayor claridad a intromisi3n y a una forma unidireccional de relaci3n desde los/as profesionales hacia las personas con las que trabajamos; mientras que la PCC implica un trabajo participativo en el que todos/as se involucran para generar transformaci3n y no a la mera intervenci3n de un agente externo (profesional) en el contexto de otros/as.

Esta implicaci3n de la palabra intervenci3n se puede evidenciar en una definici3n gen3rica de la misma referida a encuentros en los que alguien demanda una ayuda psicol3gica y otro intenta responder a esa demanda (Mart3nez, 2008). De forma alternativa, G3is (2008) habla de facilitaci3n, denominaci3n que, a mi parecer, no

insinúa una intromisión, pero sigue en la línea de que a alguien le corresponde guiar, por lo que resulta limitada para incorporar una labor de carácter colaborativo.

En el momento en el que deja de ser claro quién interviene y quién es intervenido, dónde se establecen las fronteras entre quien actúa y quien recibe la acción, entre quien cambia y quien es cambiado, entonces la distinción interventor-intervenido (agente-paciente) deja de tener sentido, se vuelve insuficiente para dar cuenta de procesos de transformación e influencia más dinámicos y multidireccionales. (Martínez Guzmán, 2014, p.21)

En este sentido, asocio la intervención, de manera más cercana, a líneas de pensamiento positivistas y no a la perspectiva socioconstruccionista crítica que he sostenido desde la PCC. En consecuencia, me atrevo a proponer el término actuación, que, si bien puede ser sinónimo de intervención, no incluye en sí mismo el carácter intrusivo y unilateral.

Adecuando el término a nuestro campo hablaríamos de actuación clínica-comunitaria, la cual ha de considerar del mismo modo a cualquiera de los/as actores/as inmersos en la PCC. En adelante, me comprometo a ensayar emplear este nuevo término en mi desempeño profesional-académico, siendo que en el texto anterior a este apartado mantendré la denominación clásica por las razones ya expuestas.

En lo que compete directamente a los niveles de actuación clínica-comunitaria, por un lado, nos encontramos con el énfasis en el dispositivo grupal como forma de trabajo para la PCC, pero sin que ello deje de lado la incorporación del trabajo individual cuando sea requerido, lo cual es coherente con la perspectiva colaborativa y

participativa que se pretende desde esta disciplina. De este modo, en vez de plantear lo individual-colectivo/grupal de manera dicotómica, se resignifica como un continuo en el que ambos niveles pueden aparecer de forma intermitente, intercalada o simultánea sin que ello reste a la perspectiva clínica-comunitaria.

Por otro lado, al problematizar la consideración de los clásicos niveles de promoción, prevención y atención, la apuesta para la PCC estaría, desde mi punto de vista, colocada en el dinamismo del continuo promoción-prevención-atención, sin enfatizar en uno u otro, pues ello permite integrar lo clínico-comunitario y dar un sentido integral a nuestro trabajo, por cuanto es necesario acompañar las afectaciones de la SMC como sus potencialidades y recursos, buscando crear condiciones de vida favorables a la par de acompañar el sufrimiento.

No se trata de abandonar las nociones tradicionales empleadas en el campo de la salud, sino de ampliar la mirada y realizar ciertos ajustes que nos permitan darle una condición más dinámica acorde con la complejidad de este proceso. En ese sentido, cuando atendemos estamos previniendo y promocionando otros aspectos y viceversa, siempre estarán entremezclados diferentes aspectos de la SMC por lo que se requiere la presencia de los tres niveles a la par, aunque enfatizamos más en alguno de ellos en cada momento.

2.1.6. Estrategias clínico-comunitarias

Son diversas y numerosas las estrategias que se pueden emplear en la PCC, ellas pueden provenir desde diferentes campos y suponer el uso de distintos elementos, desde aquellas que propician contenidos más racionales hasta aquellas con productos

más expresivos y artísticos; o las que promueven mayor movilización de afectos. Lo importante es que estas se planteen en consonancia con los principios y enfoques antes mencionados.

La síntesis de estrategias que he recogido de los/as colaboradores/as muestra una clara influencia de los ámbitos clínico y comunitario, con énfasis en lo terapéutico, lo vincular, las formas de aproximación y lo participativo. No obstante, estas han adquirido una concepción distinta porque muestran esta tensión-confluencia entre lo clínico y lo comunitario, propia de la PCC.

La puesta en escena de estas estrategias, además de la congruencia ya mencionada, requiere apropiación por parte de los/as involucrados, de quien facilita y el grupo inmerso en la tarea. En este sentido, dichas estrategias tendrán mucho que ver con la formación y experiencia de los/as pcc partícipes de los elementos culturales y comunitarios y de las vivencias y particularidades de las personas implicadas, sin que ello haga que se pierda la dimensión clínica-comunitaria.

2.1.7. Procesos clínico-comunitarios

De manera similar a lo que ha ocurrido con las problemáticas, se pueden precisar diversos procesos clínico-comunitarios (duelo, conflicto, convivencia, entre otros), pero en esta incursión he considerado que existen tres procesos centrales (sufrimiento psicosocial, trauma psicosocial y fortalecimiento clínico-comunitario), a partir de los cuales se pueden entender y engranar los procesos particulares, como los antes mencionados, con los que nos encontremos en el trabajo dentro de la PCC.

Estos procesos, también de manera similar a lo presentado en las problemáticas, están interrelacionados entre sí, sobre todo el sufrimiento psicosocial y el fortalecimiento clínico-comunitario que conforman el andamiaje de la SMC, en el que son vividas y expresadas las afectaciones a la vez que las alternativas a ellas, o al menos los recursos para confrontarlas; moviéndose a lo largo del continuo malestar-bienestar.

De este modo, las expresiones del sufrimiento psicosocial y el fortalecimiento clínico-comunitario se van mostrando como un juego de luz y sombra, donde uno se hace figura en un momento dado, pero nunca queda completamente negado el otro, siendo entonces el sentido del acompañamiento, generado desde la PCC, favorecer que puedan aparecer ambos procesos acordes a los momentos y vivencias de quienes lo experimenten, problematizando la presencia de posturas maniqueas que asuman la consideración dicotómica y aislada del bienestar y malestar.

Por su parte, el trauma psicosocial, en tanto refiere a daños ocasionados por episodios de gran contundencia, no estará afortunadamente siempre presente, aunque lastimosamente es bastante frecuente en nuestro continente. En él se vislumbrarán el sufrimiento psicosocial y el fortalecimiento clínico-comunitario vinculados al continuo aludido, representando la forma aguda en cómo estos se producen.

Al pensar de modo general la propuesta, a lo largo del análisis fueron emergiendo en varios de los temas la presencia de componentes que, a mi parecer, dada la condición holística, compleja y dinámica de la PCC no podían verse de manera aislada o parcelada, sino que debían entenderse como continuos en los cuales se dan transiciones de un momento a otro del proceso. El primero de ellos, lo constituye la

misma denominación de la disciplina que marca la presencia de un transitar permanente entre lo clínico y lo comunitario. Luego estarían: malestar-bienestar, promoción-prevención-atención, individuo-colectivo; los cuales ya han sido descritos en los puntos antecedentes.

2.2. Soporte Paradigmático Para la PCC

Esta producción da cuenta, de manera armónica, cómo el modo en que se fue confeccionando el estudio concuerda con la forma de hacer de la PCC, lo cual, aunque pareciera obvio por cuanto tengo un doble lugar, al ser quien conduce la investigación y forma parte de la subdisciplina en construcción, para mí no lo fue hasta que lo evidenció mi tutora, desde su lugar como acompañante del estudio, pero externa a esta especialidad, mostrándolo como una suerte de validación de la propia PCC. En sus propias palabras:

Lo que estás planteando como basamento paradigmático y metodológico es también característico de la disciplina misma, hablando de la PCC es una disciplina crítica, que requiere reflexividad, es situada, cualitativa con todas las características que ello implica del paradigma construccionista crítico. Entonces, es como que se solapa una manera de investigar con una manera de ser del psicólogo clínico-comunitario. (Esther, tutora)

Lo que están reportando [los colaboradores/as] es como si fuera una proyección, una sombra, un reflejo, de lo que se plantea a nivel metodológico y del paradigma asumido. La PCC es esa metodología, es ese paradigma y a la vez, es lo que hacen, es lo que están haciendo las personas. Es como si la gente estuviera hablando no desde la disciplina, sino desde la acción y esa acción cuando se interpreta corresponde con lo que se dice en la literatura,

pero como que ellos no están hablando desde la literatura, ellos están hablando desde su vida, desde lo que ellos hacen y está esa coincidencia, como si se estuviera validando la disciplina, contenidos teóricos, éticos, metodológicos desde la praxis de los informantes [...] del hacer al decir. (Esther, tutora)

Ello, desde mi punto de vista, refleja que esta subdisciplina trasciende el ser una modalidad de quehacer y comprensión de un objeto de interés para convertirse en un estilo de concebir la realidad humana, la ciencia y el desempeño profesional y académico. Es una forma de vida, de accionar y de ser profesional, por cuanto investigar desde la disciplina supone hacerse del mismo modo que esta se plantea. Así, sin percatarme inicialmente, me he posicionado desde la PCC para hablar sobre ella, habiendo advertido que formaba parte del proceso.

A continuación, para completar la propuesta, expondré cómo planteo el paradigma de la PCC, entendiéndolo como una visión del mundo, en la que se pueden precisar la naturaleza del mundo, la posición del ser humano en él y sus posibilidades de relaciones con sus componentes (Guba y Lincoln, 1994), mostrando las particularidades que adquiere para la disciplina y manteniendo su base en el paradigma del socioconstruccionismo crítico. Este último, permite entender la manera como las personas en tanto agentes de cambio son capaces de construir su realidad y transformar las situaciones de inequidad social producidas en su entorno de manera hegemónica.

El despliegue de esta propuesta paradigmática, se hará a partir de sus dimensiones principales: ontológica, epistemológica, metodológica, ética y política.

2.2.1. Dimensión ontológica

Dentro esta dimensión ontológica, podemos incluir la manera como se concibe la comunidad y los/as actores/as que se vinculan a la PCC. En este sentido, la comunidad, tal como ya fue descrita, es entendida como un colectivo dinámico, definido por el entramado de relaciones que reúne confluencias y tensiones.

Por su parte, los/as profesionales, las personas de la comunidad y demás actores/as que se sumen al trabajo desde la PCC, han de ser considerados como agentes, en el sentido, de que son capaces de participar activamente en el proceso de SMC, aportando al desarrollo de la comunidad y de sí mismo.

Un ejemplo de esta condición de agencia lo constituirían los comités de seguimiento (planteados por Jonás) en el que se designan personas de la comunidad que participan activamente en las decisiones que se toman en torno a la salud mental de su comunidad y monitorean la ejecución de proyectos en esta materia que se planteen desde organizaciones o personas externas a dicha comunidad. Ello tendría una implicación interesante en la ejecución de las políticas públicas. Lo descrito en los párrafos que anteceden este punto puede traducirse como la ontología de la propia PCC, la cual, al estilo de lo que plantea el socioconstruccionismo crítico, es de carácter monista, en tanto la subdisciplina se construye en función de las interpretaciones y acciones que hacen aquellos que se vinculan a ella, desde distintos ámbitos y discursos. Esto hace que los aspectos constitutivos de este campo se ven reflejados en sus propios/as actores/as, quienes escriben y/o ejercen, sea desde el rol de agente

profesional/académico/a o agente comunitario, en los diferentes modos de actuación que ello implique.

Si bien en este estudio inicialmente me proponía buscar aspectos que fueran propios de la PCC diferenciándola de otros abordajes o modelos, incluyendo sus disciplinas de origen, esta inmersión me condujo en otro sentido, llevándome a vislumbrar la permeabilidad de la PCC, congruente con una integración/complementariedad que permite abordar la salud mental comunitaria desde la perspectiva de la complejidad y, en esa línea, plantearse como un espacio de encuentro trans-subdisciplinar.

En este sentido, Martínez Miguélez (2007) plantea que la academia ha tomado conciencia de la fragmentación del saber en muchas disciplinas y cómo ello implica ir más allá de lo interdisciplinario hacia una transdisciplinariedad, donde las disciplinas están “gestálticamente relacionadas” (p.27), trascendiéndose. Considera que esta gestalt es una “cualidad emergente” (p.27), que requiere que cada disciplina se reformule en tanto sus estructuras lógicas fueron creadas de modo aislado.

Esta identidad de la PCC como trans-subdisciplina se evidencia abiertamente en el proceso de tensión-confluencia entre los componentes clínicos y comunitarios y la reconfiguración de nuevas formas producto de dicho proceso, que debe seguir en revisión.

2.2.2. Dimensión epistemológica

La dimensión epistemológica se centra en la forma en que se relacionan entre sí los/as actores/as para desarrollar su accionar y producir conocimiento, en este caso en torno a la SMC. Así, las acciones generadas por las personas en tanto agentes, anunciadas líneas arriba, son concebidas en la PCC en el marco de un intercambio colaborativo entre dichos/as actores/as, produciendo cambios y aportando tanto a la comunidad como a la propia PCC.

La PCC y sus actores/as se van transformando de manera sinérgica y desde este lugar de reconocimiento entre ellos como distintos, se incluyen las voces y se produce, a mi modo de ver, la analéctica. Así, en casos como el de este estudio, el discurso hegemónico que se supone proviene del acuerdo social validado desde el ámbito científico, se diluye para ser una de las voces junto a las otras capaces de transformarse. Lo mismo ocurrirá para otras organizaciones sociales, como pueden ser las ONG o los entes gubernamentales, en su accionar a través de proyectos o puesta en marcha de las políticas públicas.

Esta transformación sinérgica puede evidenciarse, por ejemplo, cuando el/la pcc propone una estrategia de trabajo con personas de un grupo en particular con la intención de que esta puede ser refutada, complementada o acompañada, da cabida a este encuentro analéctico; de tal manera que el proponer se convierte en una herramienta central del trabajo de la PCC. Constituyéndose, así como parte de la dimensión epistemológica, a la vez que metodológica, de la subdisciplina en la que la construcción de conocimiento y el quehacer se genera desde la inclusión de esta

diversidad, que le permite ir dilucidando la comprensión teórica y la praxis clínica-comunitaria.

En definitiva, en ambos casos, es decir, en este estudio y en la PCC, se vislumbra la tendencia a crear narrativas alternas respecto de los procesos humanos y científicos, que se materializan en la intersubjetividad de los/as agentes involucrados.

El vínculo, lo relacional, parece ser un hilo conductor de la PCC, de hecho, ha sido uno de los elementos más referidos y enfatizados por los/as colaboradores/as, de tal modo que la epistemología se constituye como la columna vertebral o el corazón de esta trans-subdisciplina. Esta es la razón por la que tal dimensión es la que ocupa mayor espacio en esta propuesta.

Lo relacional se da entre las personas de la comunidad, al interno de los equipos de trabajo, entre los/as profesionales y las personas de la comunidad, a la vez que relacionados con otros/as actores/as que se incluyan en el proceso. En este texto hago énfasis en la relación entre las personas de la comunidad y los/as profesionales por considerarlo un aspecto clave a precisar en la PCC, por lo cual correspondería en otros estudios profundizar en las otras relaciones a fin de ir complementando su panorama epistemológico.

Se hace presente en contenidos trabajados antes como el cuidado mutuo, las relaciones de poder, la horizontalidad, el diálogo y el compromiso de todos/as los/as actores/as entre sí y con el proceso en el cual estén insertos.

Desde hace algunas décadas, se ha incorporado la noción de cuidado, principalmente para referir a los equipos de trabajo de profesionales, colocando su

énfasis en la contención y la prevención del agotamiento, usualmente guiado por otro/a profesional, externo a la experiencia. Si bien, esta es una práctica valiosa y necesaria, considero amerita incluir la problematización como estrategia conjunta para que los miembros del equipo se acompañen entre sí, en un proceso de transformación permanente, lo cual ratifica el carácter crítico de la perspectiva paradigmática.

Entonces, es menester ampliar esta visión del cuidado entre miembros de un mismo grupo, los/as profesionales o las personas de la comunidad entre sí, tal como supone la figura de cuidador comunitario acuñada por Góis (2012). De tal forma que ambos, personas de la comunidad y de los equipos de profesionales, desarrollen un mutuo, no sólo como espacio formal para compartir la experiencia sino en las acciones cotidianas, lo cual a su vez implicará el cuidado de estos/as actores/as, pero también del vínculo existente entre ellos/as.

Como ya se ha dicho, el compromiso y el cuidado son el principal soporte del vínculo en el tiempo, lo cual favorecerá potenciar los recursos y enfrentar las dificultades a fin de alcanzar las metas conjuntas. En esta línea, tal vez sea necesario no sólo pensar en las habilidades que requerimos tener como individualidades sino las que nos corresponde desarrollar como equipos de trabajo, refiriendo no sólo a los/as profesionales sino a todos/as los/as comprometidos/as.

Lo anterior debe antecederse o al menos acompañarse con reflexiones en torno al poder, lo cual implica en primera instancia reconocerlo, para trascenderlo, dejando que se dé el encuentro entre las partes. Pues, ¿acaso al “ayudar” no somos “ayudados”?, ¿cuán terapéuticos son para nosotros el encuentro con quienes “ayudamos”?

En otro orden de ideas, es necesario plantear una clínica-comunitaria situada, en la que las personas puedan ser reconocidas como parte de un contexto y momento histórico particular y, en tal sentido, representantes de una determinada cultura, clase social, género, entre otras. Desde allí es que se podrá establecer el diálogo entre estos/as actores/as que pueden no compartir algunos ámbitos de pertenencia, pero puede ser aceptado desde su ser distinto. Así, más que ponerse en el lugar del otro se busca entender y dialogar con ese otro; diálogo en el que las partes son interpeladas y pudiendo ser transformadas.

Finalmente, no debemos olvidar que la dimensión epistemológica supone la producción de conocimiento conjunto, lo cual ha de incorporar el contexto y la diversidad, resaltando la cultura y la clase social, para que esté al alcance de todos/as los/as involucrados/as. De allí, se deriva el compromiso para los/as pcc de difundir estos aspectos en los reportes científicos, en los cuales comencemos no sólo a expresar lo conceptual sino también lo vivencial, a fin de que estos nuevos formatos muestren nuestras formas de actuar, pensar y sentir, incorporando una epistemología “sentipensante” (Fals-Borda, 2009).

2.2.3. Dimensión metodológica

La dimensión metodológica da cuenta de la forma en la que se plantea la praxis y, en este sentido, las estrategias que se emplearán en su desempeño. El centro de esta dimensión para la PCC sería el método analéctico, ya explicado con detalle en el capítulo de metodología de la tesis. Su pertinencia es clara, pues como expresé antes,

lo vincular, se convierte en el corazón de la PCC y en ese sentido, este método se fundamenta en ello, desde una perspectiva crítica y liberadora, que fomenta la inclusión y la diversidad.

De esta manera, el lugar de la analéctica se encontrará tanto en la dimensión epistemológica como en la metodológica. Así, se busca incorporar la voz de la comunidad, usualmente excluida (periférica) de los discursos hegemónicos que constituyen lo que Dussel (1996) denomina como totalidad. En el caso de este estudio, desde esta mirada he priorizado la voz de los/as colaboradores/as sobre la literatura (discurso de la totalidad), sin desmerecer su importancia.

Por otra parte, asumir este método coloca a la propia PCC como objeto de esta dimensión, ya que, siendo un discurso con menor reconocimiento científico, al proponer formas alternativas de quehacer, se puede entender como ubicada en la periferia respecto de otros campos de la psicología, que se encuentran alineados con el discurso normativo y reconocido científicamente.

Desde esta perspectiva que guía la praxis, en el trabajo he sintetizado múltiples y diversas estrategias clínico-comunitarias, las cuales, sin importar su estilo, deben preocuparse por alinearse con los aspectos contemplados en el paradigma y en congruencia con los principios y enfoques descritos. Desde ese lugar, es clave que dichas estrategias propicien la problematización, la inclusión, la diversidad, la participación y el diálogo, dando voz a las personas, reconocidas desde su ser como distintas.

En las estrategias planteadas las que más se detallan son las vinculadas a la psicoterapia y a la participación, dejando clara la importancia de sus disciplinas originarias.

2.2.4. Dimensión ética

La ética es un correlato de las dimensiones anteriores, pues de lo que se trata es del reconocimiento y respeto por el otro, favoreciendo su inclusión en la toma de decisiones conjuntas. Implica además considerar los “tiempos” de la comunidad, así como, valorar su agencia en los procesos de SMC, que conlleva la incorporación de lo intercultural.

En la investigación, esta dimensión implicó reconocer al otro tal cual, desde su discurso: colegas que se dedican principalmente a la clínica o lo comunitario, unos más afines a mi perspectiva que otros; pertenecientes a diferentes países que tienen énfasis y formas de ver los contenidos distintos.

Por su parte, el encuentro con los/as estudiantes requirió entender la diversidad que ellos/as mostraban, así como reconocer la presencia de lo clínico-comunitario en quienes sin emplear el discurso o conocer la existencia de la disciplina planteaban su experiencia y sus ideas. La comunidad también ofrecía un discurso particular. Lo importante fue dejarme interpelar por cada discurso para favorecer la co-construcción.

2.2.5. Dimensión política

La dimensión política alude a la manera como se da voz a las personas con las que se trabaja y el modo como se incide en la realidad social. Para la PCC, lo político

se constituye en una apuesta liberadora a través del trabajo con la SMC que, al no centrar la responsabilidad en las individualidades sino enfatizar en el cuidado mutuo sin perder de vista los temas estructurales y de inequidad social, apunta hacia la incidencia política. Asimismo, se plantea la co-construcción con los equipos de modelos afines, lo cual es posible gracias a la permeabilidad de sus fronteras disciplinares.

Esta dimensión busca la potenciación de la ciudadanía y, en este sentido, pretende incidir en las políticas públicas; en consecuencia, plantea la relación con el Estado y otras organizaciones ajenas a la comunidad.

Como se pudo apreciar, estas dimensiones no son excluyentes, más bien se comunican e interactúan entre sí, se transversalizan de manera similar a lo que ocurre con las fronteras disciplinares.

2.3. *Criterios de Rigor para la PCC*

Me parece interesante incorporar los criterios de rigor planteados por Prilleltensky (2004), que, aunque se exponen para la investigación, podríamos identificar su cumplimiento tanto para la investigación como para su aplicación en la práctica de la PCC a fin de dar congruencia a su accionar. Para ello, asumiré la propuesta que hace, desde la perspectiva crítica, que introduce dos criterios de validez: ecológica y psicopolítica. A la par que describo el planteamiento del autor iré señalando las adecuaciones para la PCC y como de manera emergente se dio de algún modo en esta investigación.

La validez ecológica consiste en verificar que la investigación, en este caso la actuación clínica-comunitaria, tiene un sentido en el mundo, es decir, un significado para los/as investigadores y participantes involucrados/as. En concordancia con lo que he venido planteando, para efectos de la PCC, bastaría con referir a los/as participantes pues allí se incluyen todos/as los/as actores/as involucrados/as.

En ella se reconocen las características de las personas y los efectos de la investigación y los/as investigadores/as. Una manera de lograrla es a través de discusiones reflexivas que permitan tomar decisiones e interpretaciones colectivas. Los aspectos acá mencionados pueden traducirse en el reconocimiento de las personas desde su ser como distinto y las alternativas constantes de diálogo entre las diferentes voces posibles en el proceso.

En la investigación, los talleres reflexivos con los/as estudiantes permitieron estos espacios para la reflexión colectiva, cuestionando nuestras prácticas tradicionales y replanteando nuevas formas de hacer. Del mismo modo, en un marco más restringido pude abrir este diálogo en las entrevistas con los/las colaboradores/as, así como, en las interlocuciones con mi tutora y las asistentes que me apoyaron. El hecho de que la mayor parte de quienes colaboraron manifestaron, de manera explícita y espontánea, la importancia de un estudio como este y se comprometieron de manera reflexiva en los espacios de encuentro, pienso apuntan hacia este criterio.

La validez psicopolítica implica un estado de “conciencia del rol que juega el poder en el bienestar, la opresión y la justicia en los dominios personal, relacional y

colectivo” (Prilleltensky, 2004, p.13). Para ello, es necesario cumplir con dos subcriterios: validez epistémica y validez de transformación.

La validez epistémica “se alcanza por el informe sistemático del rol que juega el poder en las dinámicas políticas y psicológicas que afectan los fenómenos de interés”; mientras que la validez de transformación, deriva del “potencial de nuestras acciones para promover bienestar personal, relacional y colectivo, reduciendo las desigualdades del poder e incrementando la acción, participación y compromiso políticos” (Prilleltensky, 2004, p.13).

En la dimensión epistémica he explicitado la importancia de reconocer el lugar de poder que tenemos los/as profesionales en tanto poseedores de conocimiento, ese sería el punto de partida para trabajar este criterio. Es necesario problematizar junto con las personas estas asignaciones hegemónicas del poder y plantear formas diferentes de relación.

Este criterio fue considerado en la investigación, en la medida en que pude reconocer mi lugar de poder como conductora de la misma y al intentar invitar a las/os colaboradores/as a presentar sus propuestas y sugerir rutas para el estudio y para la PCC.

Mientras que la validez de transformación está directamente vinculada con el propósito de la PCC y lo que de allí se desprende a través de la praxis. En este sentido, faltaría dejar clara la reflexión y sistematización de lo que allí vaya emergiendo que, en el caso de este estudio, hubiera sido interesante reflexionar a posteriori en torno a si lo discutido en las entrevistas y talleres generaron alguna transformación en sus

acciones. Tal vez en el espacio de encuentro con los/las colaboradores/as planteado luego de la culminación de este texto pueda considerarse este aspecto.

“Lo que Prilleltensky propone es la verificación del grado de conciencia necesarios para entender los juegos de poder que mantienen la asimetría del mismo y al mismo tiempo para producir acciones que cambien esa asimetría” (Montero, 2006a, p.56).

2.4. *Definición de la PCC*

En función de los contenidos formulados en esta propuesta, me aventuro a sugerir una definición para la PCC: es una trans-subdisciplina que, fundamentada en lo relacional, se ocupa de procesos vinculados a la SMC con la concurrencia de diversos/as actores/as que trabajan de manera colaborativa.

2.5. *Dispositivos Para Fortalecer la Praxis Clínica-Comunitaria*

Este punto contiene algunos elementos que se fueron suscitando en mis reflexiones, a modo de ideas, que pueden contribuir a potenciar nuestra praxis desde la PCC. Son aspectos que ameritan ser profundizados, pero que dejo acá como líneas abiertas a ser pensadas y discutidas.

2.5.1. *Problematización como una tarea central*

A lo largo de esta construcción colectiva se han cuestionado y sistematizado algunos aportes que contribuyen al desarrollo de la PCC, sin embargo, está en manos de quienes desde ella nos posicionamos seguir problematizando y desnaturalizando estructuras aun presentes que obstaculizan nuestra praxis.

Ello implica una labor de desnaturalizar las pautas del modelo biomédico, abriendo espacios para la reflexión crítica entre los/as diferentes actores/as que lleven a la incorporación de posturas alternativas. De tal manera que ello se convierta en el dispositivo central para el diálogo, generando apoyo mutuo para sostenernos.

Consideramos que una de las cuestiones que dificulta la decisión de distanciarse de este rol asignado, es el aislamiento de los/las profesionales, la falta de espacios grupales de organización y planificación de la tarea, lo que obstaculiza la puesta en común de estas inquietudes y la colectivización de estrategias. Otra dificultad es la falta de espacios y tiempos de encuentro entre profesionales y referentes comunitarios. (Bang et al., 2000, p.60)

Hay que tener claro que esto no es responsabilidad única de la PCC, pues es una condición que comparte con otros/as actores/as con miradas similares.

2.5.2. “Tensión generativa”

Así, más que un dominio de tribus monádicas, no comunicativas, propiamente podríamos reinvocar la metáfora de la tensión generativa. Al poner estas innovaciones y sus críticas en un diálogo apreciativo, ¿qué nuevas vías se estimulan?, ¿qué futuros podrían abrirse? Bebiendo de diálogos dispares. (Gergen, 2007, p. 254)

Para el caso de la PCC, esta tensión generativa ha de procurarse de manera permanente, como ya se ha mencionado, entre los campos clínico y comunitario, pero también con otros que aportan a la disciplina y entre los actores vinculados: profesionales-comunidad-Estado.

2.5.3. Sentido de la praxis y producción de conocimiento

El conocimiento de la PCC ha emergido producto de la praxis, es decir, de una práctica reflexionada, por lo que toda la construcción de conocimiento que se divulga en la academia no debe desligarse de esta praxis. De esta manera, es importante estar atentos/as a mantener la vinculación entre la praxis y el conocimiento formalizado en la PCC, de tal manera, que estos se retroalimenten constantemente.

2.5.4. Reivindicar el lugar de la PCC

Como he mencionado en el texto al referirme a la analéctica, esta subdisciplina se ha mantenido en un lugar de subordinación, por llamarlo de algún modo, en tanto plantea cuestionamientos a modo de hacer estatuidos en la psicología, que privilegian la patologización y las relaciones de poder fundamentadas en la experticia de los/as profesionales.

Al respecto, sostengo que debemos abandonar este espacio de subordinación, incidiendo en los ámbitos académicos mostrando estas nuevas perspectivas tanto de quehacer profesional como de formatos de formalización del conocimiento.

2.5.5. Acompañar procesos para generar “indignación”

En correlato con lo anterior, teniendo como foco la praxis de la PCC, nos corresponde promover la indignación, en vez de la adaptación, de las personas ante las condiciones de vida injustas, las categorizaciones que se les adjudican y las formas de atención que se les ofrece. Para ello, no sólo se trata de problematizar sino de mantener

espacios de diálogo para producir nuevas alternativas desde los discursos usualmente mantenidos en la periferia de las construcciones sociales hegemónicas.

2.5.6. Impactar en las políticas públicas

La PCC tiene el compromiso de incidir en las políticas públicas a fin de garantizar el acceso y mejorar la prestación de servicios de salud mental, lo cual implica demandar que este acceso no sólo sea económico o de cercanía, sino que incorpore los discursos y cultura de las personas a quienes se dirige.

3. Hitos para la Continuidad de la PCC

Llegando al punto final de esta tesis, pero no de lo que en ella se discute, incorporo, a manera de síntesis, lo que considero son los principales aportes de este trabajo y lo que se constituyen en las asignaturas pendientes para quienes estamos comprometidos con la PCC.

3.1. Contribuciones de la Investigación

En este estudio he contribuido en el proceso de formalización de la PCC, sistematizando y produciendo conocimientos junto a distintos/as colaboradores/as y con el apoyo de la literatura, que, sin pretender ser conclusivo ni cerrado, se constituye en el cierre provisional de esta investigación. Con ello, queda la tarea pendiente de seguir profundizando y esclareciendo aspectos de la trans-subdisciplina, algunos de los cuales vislumbro desde ya y mostraré al final de este apartado, y otros que continuarán emergiendo en el camino que queda por andar; se trata de un proceso permanente de construcción y deconstrucción crítica.

En este sentido, queda pendiente abrir espacios para la reflexión colectiva entre los/as colaboradores/as de este estudio, lo cual no fue posible realizar antes de la entrega de este documento. Será este uno de los compromisos en agenda luego de este trabajo.

Uno de los aportes principales de esta investigación ha sido la valoración e incorporación de la voz de las personas de la comunidad dentro de la construcción de una disciplina, lugar usualmente reservado para profesionales y particularmente, académicos/as. El discurso de estos/as actores/as lo he puesto en diálogo con las voces de los/as académicos/as, profesionales, estudiantes y la literatura. Por su parte, las voces de los/as estudiantes, aunque sean profesionales en especialización, suelen estar también relegadas de este tipo de tareas mientras que, acá son incorporadas.

Otro de los aportes ha sido el desarrollo de ciertas nociones y redefiniciones de algunas propuestas, incluidas en la literatura. Tal es el caso de la noción de salud mental comunitaria; la propuesta de la presencia de los continuos malestar-bienestar, promoción-prevención-atención. Se ha incorporado también el lugar de la comunidad en la PCC y en la relación con los pcc, aspecto obviado en la literatura, la cual se dedica a entender el rol de los/as profesionales.

La profundización y problematización en torno al funcionamiento de los servicios de SM de la mano con una propuesta alternativa para recoger lo hecho y lo pendiente en torno a lo que sería un servicio clínico-comunitario, resulta ser un tema significativo para desarrollar acciones desde la PCC.

Del mismo modo, se han podido precisar las problemáticas centrales que corresponde atender a la PCC al igual que los procesos clínico-comunitarios, ya que hasta el momento había una dispersión de elementos pertenecientes a distintos niveles. Lo acá planteado permite reconocer cuáles son los ejes articuladores en estos dos temas a partir de los cuales se podrán ir engranando los diferentes componentes que vayan surgiendo.

Encontrar el sentido de la PCC como trans-subdisciplina abre caminos interesantes para continuar la reflexión en torno a ello y seguir desarrollando la praxis clínica-comunitaria. De igual manera, el articular los aspectos constitutivos de la PCC, hasta ahora desligados en distintas producciones, y la propuesta de un propósito y ámbito explicitado ofrece claridad para quienes deciden trabajar en este campo. En la misma línea, adecuar el paradigma a las particularidades de la PCC, permite tener una mirada global respecto de ella.

Por último, sugiero una definición alternativa para la PCC, la cual se podrá poner en discusión con la que se cuenta actualmente. En todo caso, todos estos aportes serán validados por los/as propios/as actores/as involucrados/as en la PCC, a quienes les corresponderá considerar la pertinencia de los mismos.

3.2. *Asignaturas Pendientes*

- a. Fomentar programas de formación en PCC, que se mantengan en constante revisión. Las prácticas en la formación no se adecúan a la realidad, seguimos priorizando los formatos académicos (corto plazo, estructurados, acumulación de conocimientos).

- b. Desarrollar la perspectiva de género para la PCC, pues la experiencia en el trabajo, tanto en los ámbitos comunitarios como en los de salud, da cuenta de que el lugar de las mujeres es primordial, más aún en el contexto latinoamericano. En este texto, solo se mencionó como enfoque, pero amerita ser pensado y formalizado.
- c. Profundizar en los procesos de sufrimiento, trauma y fortalecimiento desde la perspectiva de la PCC, lo cual se inició en esta incursión a partir de los insumos encontrados en campos afines.
- d. Plantear un estudio centrado en personas de la comunidad con roles vinculados a temas de salud mental, especialmente en países donde se ha desarrollado la PCC.
- e. Incursionar en el lugar de otros actores como el Estado y las organizaciones no gubernamentales en relación con las comunidades y los/as pcc.
- f. Investigar la actuación de la PCC en contextos de emergencia, como el actual COVID-19. A partir de esta pandemia se han producido cambios que están definiendo el rumbo de muchos trabajos e investigaciones no sólo de la PCC sino de la vida que es conveniente estudiar. Se están planteando nuevos formatos y miradas que no he incluido acá porque la investigación en su mayoría no se realizó en este contexto, pero no puedo dejar de considerarla porque sí se culminó en la mismo.

3.3. *La Continuidad en la Producción del Conocimiento: Abriendo el Cierre...*

Hasta acá, en este momento, voy cerrando esta producción para abrir los espacios de reflexión propios que suscitaré en adelante y que espero continúen ustedes como audiencia de este trabajo.

De mi parte, queda la tarea de convocar a quienes han colaborado en esta investigación para releer esta integración, reflexionar en torno a las posibles acciones transformadoras que se hayan podido suscitar a partir de los diálogos generados en este estudio. Esto último, permitiría, por un lado, evidenciar qué cosas han facilitado u obstaculizado cambios, y con ello también, incorporar esta dimensión de la acción del paradigma que ha guiado esta incursión, que por razones de tiempo no se alcanzó en el proceso hasta acá cubierto.

Se trata de seguir construyendo caminos para la PCC con otros textos y otros actores a partir del diálogo, la interpelación y el posicionamiento respecto de lo planteado.

Ese diálogo nos corresponde seguirlo edificando con otros colegas de nuestro propio país y de otros que también comparten intereses similares; con nuestros estudiantes en formación, que con sus cuestionamientos, interrogantes y nuevas ideas permiten desarrollar nuevos retos; y lo más importante, con las propias comunidades que tienen la visión más clara de lo que se necesita y de cómo puede atenderse, a nosotros nos toca convertirlo en aportes teóricos y metodológicos para la disciplina que redunden en el desarrollo de una praxis transformadora. (Goncalves-de Freitas, 2012, p. 8)

Referencias

- Acosta, A. (2010). El buen vivir, una utopía por (re)construir. En J. Sempere, A. Acosta, Abdallah y M. Ortí, *Enfoques sobre bienestar y buen vivir* (pp. 11-28). CIP-Ecosocial
- Acosta, Y. (2012). Un tema que está en el tapete en la Asamblea Nacional. *Salud Mental en contexto de violencia. Revista SIP*, (743), 134-135.
- Aldana, C. (2008). Conceptos orientadores para intervenciones en salud mental comunitaria. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 101-105). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Altmann, P. (2019). Los pueblos indígenas en el buen vivir global, un concepto como herramienta de inclusión de los excluidos. *Iberoamerican Journal of Development Studies*, 8(1), 6-28. DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.334
- Amnistía Internacional. (2013). *Acuerdos Comunitarios de Convivencia ante Violencia Armada. Pistas para la Acción*. Amnistía Internacional Venezuela.
- Arellana, O., Arín, Y. y Espinoza, D. (2015). Experiencias de Integración Clínica-Comunitaria: El caso del Programa de Formación de Monitoras en Salud Mental Comunitaria en Talca. En P. Gaspar y C. Valenzuela, *Integración Clínica-comunitaria: Propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial* (pp. 111-110). RIL editores.
- Arenas, E. (2016). *Indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población afectada por conflicto armado interno en Apurímac* [Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7196>
- Ausburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-76.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/ausburger_de_la_epidemiologia_psiquiatica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf
- Ausburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16(2), 71-80.
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/9jC7Mwffk9TZ3pMnYd6BYzm/?lang=es>
- Balash, M. y Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados. *Revista Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 44-48. <https://cutt.ly/vmRPyMa>

- Balda, B. (2006). *Aproximación a la concepción de la Psicología Clínica Comunitaria*. [Trabajo de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria, Universidad Católica Andrés Bello]. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ9450.pdf>
- Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-031/258>
- Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. I. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología – Tercera época*, 19(1), 48-70. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/101925>
- Bardin, L. (1986). *Análisis de Contenido*. España: Universitaria.
- Barúa, A. (2010). Clinitaria: anotaciones para acompañamientos comunitarios en salud mental. *ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas*, 43, 61-68. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492010000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Barúa, A. (2011a). *clinitaria: andando, de a chiquito, con la gente. acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Cruz Roja Suiza.
- Barúa, A. (2011b). El proceso de los equipos de salud de la familia: análisis de complejidades desde la perspectiva clinitaria. En N. De León (Coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 95-108). Udelar y CSIC. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.pdf
- Basaglia, F. (1991). *La Antipsiquiatría y las "Nuevas Técnicas"*. Zona Erógena, (3), 1-3. <http://www.educ.ar>
- Belotti, F. (2014). Entre bien común y buen vivir. Afinidades a distancia. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (48), 41-54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50929704003>
- Benedetti, M. (1994). *La tregua* (29a. ed.). Nueva Imagen.
- Bernal, G. (1993). De la Psicología Clínica a la Comunitaria y de la Comunidad a la clínica: Desarrollo de un Centro docente de servicios y estudios psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica II* (1), 30-43.
- Bertini, F. M. A. (2014). Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 60-69. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/RX4JKfPnj63wjXRhCpjryRx/?format=html&lang=pt>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés protraumático. *Clínica y Salud*, 15(3), 227-252. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617834001.pdf>

- Bustamante, I., Rivera, M. y Matos, L. (2013). *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas*. UPCH, Douglas Hospital, McGill University.
- Bustamante, R. (2008). La importancia de la intervención comunitaria en salud mental. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 95-100). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cabrejos, J. (2008). Reflexiones sobre el trabajo clínico en el ámbito comunitario. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 61-68). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Campagnaro de Solórzano, S. (1999). Post-grado: Especialización en psicología clínica comunitaria. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria* (1), 117-122.
- Casa Moreno, J. (2014). Psicología clínica: revisión contextual y conceptual. *Revista electrónica Psyconex*, 6(9), 2-20. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/22435/18573/>
- Castella Sarriera, J. (2015). Capítulo 3: El bienestar sociocomunitario: bases conceptuales y de investigación. En E. Saforcada, J. Castella Sarriera y J. Alfaro, *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad* (1a ed.) (pp. 57-84). Nuevos Tiempos.
- Chacón, F. y García, M. J. (1998). Modelos teóricos en psicología comunitaria. En A. Martín (Ed.), *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones* (pp. 31-47). Editorial Síntesis.
- Cisterna Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299/29900107>
- Comisión de Entrega de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. (2008). *Hatun Willakuy: Versión Abreviada del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación* (1ra ed.). Pontificia Universidad Católica el Perú.
- Cornejo, M., Besoain, C., Carmona, M., Faúndez, X., Mendoza, F., Carvallo, M. J., Rojas, F. & Manosalva, A. (2012). Trayectorias, discursos y prácticas en la Investigación Social Cualitativa en Chile. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(2). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1202171>.
- Cornejo, M., Besoain, C. & Mendoza, F. (2011). Desafíos en la generación de conocimiento en la investigación social cualitativa contemporánea. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(1). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs110196>.
- Cornejo, M., Faúndez, X. & Besoain, C. (2017). El análisis de datos en enfoques biográficos-narrativos: desde los métodos hacia una intencionalidad

- analítica. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 18(1). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1701160>.
- Cornejo, M. y Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34. <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Coronel, M. (2020). *Indicadores de cambio en la salud mental en personas afectadas por violencia social en contextos postconflicto armado interno en Ayacucho* [Tesis para optar por el grado de Magíster en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú] Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/18488>
- Costa, M.P. (2008). Prólogo de María Pía Costa. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 7-10). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Da Silva, V. y Martínez, L. (2015). *Las heridas sanan pero las cicatrices quedan”: red de apoyo de madres que han perdido a sus hijos a causa de la violencia*. [Tesis para optar al Título de Licenciada en Psicología, Universidad Metropolitana]. Repositorio Biblioteca “Pedro Grases” <http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/40/ATBF76D22H9.pdf>
- Das, V. (2008). La antropología del dolor. En F. Ortega (Ed.), *Veena Das: sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 409-436). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2003). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of Qualitative Methods* 2003, 2(4), 25-38. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940690300200403>
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica* 2011, 21(3), 163-167. <http://www.elsevier.es/enfermeriaclinica>
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). Entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 1-18). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desviat, M. y Fernández Lira, A. (2000). Salud Mental Comunitaria como estrategia o utopía. *Psiquiatría Pública*, 12(1), 7-8. <http://afliria.info/download/salud-mental-comunitaria-como-estrategia-o-utopia/>
- [Documento informativo sobre la especialización de Psicología Clínica Comunitaria de la UCAB] (s/f). Psicología Clínica Comunitaria. http://w2.ucab.edu.ve/tl_files/POSTGRADO/recursos/psicologiaclinicacomunitaria.pdf
- Dussel, E. (1996). *Filosofía de la Liberación*. Bogotá: Editorial Nueva America.

- Escribens, P., Ruiz, S. y Velázquez, T. (2008). A partir de la experiencia de trabajo en una comunidad alto andina: una propuesta de salud mental comunitaria. En P. Escribens, D. Portal, S. Ruiz y T. Velázquez, *Reconociendo Otros Saberes. Salud mental comunitaria, justicia y reparación* (pp. 15-62). DEMUS.
- Fals-Borda, O. (1959). *Acción comunal en una vereda colombiana*. Universidad Nacional, Monografías Sociológicas.
- Fals Borda, O. (2009). *Una sociología sentipensante para América Latina*. Siglo del Hombre Editores - CLACSO.
- Farías, L. (2008). *La comunidad en carne propia. Un estudio biográfico del altruismo y la madurez moral en barrios caraqueños*. Ediciones del Vicerrectorado Académico de la UCV.
- Faúndez, X. y Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. *Revista de Psicología*, 19(2), 31-54. <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17107>
- Faúndez, X. y Hatibovic Díaz, F. (2020). El trauma psicosocial en las narrativas intergeneracionales. *Tópicos del Seminario, Semiótica y posmemoria I*, (44), 62-83. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-12002020000200062
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 7-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600002&script=sci_arttext&tlng=en
- Fernández Álvarez, H. (1994). Pautas de intervención comunitaria para la prevención de los trastornos mentales. En M. Montero, *Psicología Social Comunitaria* (pp. 259-292). Dirección de publicaciones Universidad de Guadalajara.
- Fernández Christlieb, Pa. (1994). Psicología social, intersubjetividad y psicología colectiva. En M. Montero (Coord.), *Construcción y crítica de la psicología social* (pp. 49-107). Anthropos.
- Fernández Cid, H., Eterovic Terceros, A. y Ovejas, P. (2014). Integración clínico-comunitaria en la atención de salud mental. Una experiencia en barrios con alta vulnerabilidad social. En *Memorias VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 42-45). Ediciones de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2012). *Ampliando la mirada: integración de enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos*. UNFPA. https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/556/ampliando_la_mirada.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Freire, P. (1978). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Galende, E. y Ardila, S. (2011). El concepto de comunidad en Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (1), 39-50.

- http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad1.pdf#page=39
- García, I., Giuliani, F. y Wiesenfeld, E. (1994) El lugar de la teoría en Psicología Social Comunitaria: Comunidad y sentido de comunidad. En M. Montero (Coord.), *Psicología Social Comunitaria: Teoría, método y experiencias* (pp. 75-101). Editorial Universidad de Guadalajara.
- Gaspar, P. (2015). Impacto de la Intervención Clínica-Comunitaria Realizada por la Clínica Psicológica de la Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca, en el Abordaje de la Violencia: Bienestar Psicológico y Social Como Estrategia Para Evaluar Salud Mental. En P. Gaspar y C. Valenzuela, *Integración Clínica-comunitaria: Propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial* (pp. 97-110). Chile: RIL editores.
- Gaspar Candia, P. y Valenzuela Contreras, C. (2015). *Integración Clínica-comunitaria: Propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial*. RIL editores.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*. Paidós.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica* (A.M. Estrada Mesa y S. Diazgranados Ferráns, Trad.). Ediciones Uniandes.
- Goffman, G. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Góis, C. (2003). *Psicologia Comunitária no Ceará. Uma caminhada*. Instituto Paulo Freire de Estudos Picossociais.
- Góis, C. (2008). *Saúde Comunitária. Pensar e Fazer*. Editora Hucitec.
- Góis, C. (2004/2012). *Psicologia Clínico-Comunitária*. Banco do Nordeste de Brasil.
- Goncalves-de Freitas, M. (1997). “La desprofesionalización, la entrega sistemática del conocimiento popular y la construcción de un nuevo conocimiento”. En E. Wiesenfeld (Coord.), *El horizonte de la transformación: Acción y reflexión desde la psicología comunitaria* (pp. 55-66). AVEPSO N° 8.
- Goncalves-de Freitas, M. (2003). *La relación investigador-comunidad en el trabajo psicosocial comunitario. Su lugar en la Producción de Conocimiento*. [Tesis para optar al título de Magíster Scientiarum en Psicología Social, Universidad Central de Venezuela].
- Goncalves-de-Freitas, M. (2012). La Psicología Clínica-Comunitaria: un modelo en construcción para América Latina. En *Memorias 2 Simposio Internacional de Psicología Social Comunitaria. “Una Psicología Social Comunitaria con Responsabilidad Ética y Política*. Universidad Nacional Abierta.
- Goncalves-de Freitas, M. (2019). Acompañando el duelo de madres que han perdido a sus hijos en situaciones violentas: Una comprensión desde la Psicología Clínica-Comunitaria. *Psicología. Tercera época*, 18(1-2), 52-71. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/19019
- González, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información*. McGraw-Hill Interamericana.

- González Gil, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 18(2), 121-125. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200012&lng=es&tlng=es.
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: Una aproximación histórico-cultural*. Thomson Editores.
- Grupo de Trabajo de Salud mental (2006). *Salud Mental Comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Ministerio de Salud: Proyecto AMARES.
- Guba, E. y Lincoln I. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C y Haro J. (Comps), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Colegio de Sonora.
- Gudynas, E. (2011). América Latina en Movimiento. *ALAI*, (462), 1-20.
- Guiso, A. (1999). Acercamientos: el taller en procesos de investigación interactivos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 5(9), 141-153. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31600907.pdf>
- Gutiérrez Salinas, S., Guerrero De la Torre, N. y Gutiérrez Becerril, J. (2017). Psicología Social Comunitaria y el Concepto SUMA QAMAÑA. *Revista Eureka*, 14(2), 49-66. <https://psicoeureka.com.py/publicacion/14-3/articulo/12>
- Guzmán-Cáceres, M. (2015). Multiplicar los sujetos, encarnar los conocimientos: Plausibilidad de la epistemología social posmoderna de Donna Haraway. *Boletín Científico Sapiens Research*, 5(2), 39-44 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6181582>
- Haraway, D. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En Haraway, D. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza* (pp. 313-346). Cátedra.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). Mc Graw Hill.
- Hernández, V. (2006). *El acompañante terapéutico: un mediador, un lujo o el caballito de batalla*. [Trabajo Especial para optar al título de Especialista en Psicología Clínica Comunitaria, Universidad Católica Andrés Bello].
- Herrera Bautista, M. R. y Rodríguez Rodríguez, G. (2014). El sufrimiento social como un problema de salud pública. *Archivos en Medicina Familiar*, 16(4) 73-81. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72162>
- Herrera, L. (2008). Desde la supervisión en contextos de violencia. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 83-86). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Huggins, M. (2010). El dolor tiene rostro de mujer. *XV Encuentro Psicoanalítico Anual. Sociedad Psicoanalítica de Caracas*.

- http://www.ovsalud.org/doc/Cendes_EL_DOLOR_TIENE_ROSTRO_DE_MUJER.pdf
- Ibañez, T. (1989). *El conocimiento de la realidad social*. Sendai Editores.
- Ibañez, T. (1994). Construccinismo y psicología. *Revista interamericana de psicología*, 28, 105-123.
- Ibañez, T. (2001). *Psicología Social Construccinista*. Universidad de Guadalajara.
- Jason, L. A., y Aase, D. M. (2016). Community-clinical psychology. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & M. M. Domenech Rodríguez (Eds.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of clinical psychology: Roots and branches* (pp. 201–222). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14772-011>
- Jibaja, C. (2009). Generando nuevos espacios subjetivos, grupales y comunitarios. En Y. Pérez y C. Jibaja, *De la clínica a la salud mental comunitaria. Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país* (pp. 16-27). Editorial ROEL.
- Koh Yah, G. y Castillo León, T. (2014). Trabajo colaborativo con mujeres: Una experiencia en clínica comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 121-132. <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Krause, M., Jaramillo Torrens, A., Monreal, V., Carvancho García, H. y Torres, A. (2012). Capítulo 4. Historia de la psicología comunitaria en Chile: desde la clandestinidad a la política pública.
- Ley 27972. Ley Orgánica de Municipalidades. El Peruano, 27 de mayo del 2003. <https://www.gob.pe/pl/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229447-27972>
- Ley 30825. Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud. El Peruano, 02 de julio del 2018. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-fortalece-la-labor-de-los-agentes-comunitarios-de-sa-ley-n-30825-1672136-1>
- Lincoln, Y. y Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Llorens, M. (2003). Buscando conversación: nuevas maneras de construir conversaciones terapéuticas en nuestras comunidades. *Revista Venezolana de Psicología*, (3), 141-178.
- Llorens, M. (2006). Una visión clínica-comunitaria de la psicoterapia. *Revista Venezolana de Psicología*, (6), 99-128.
- Lozada, M. (1991). *Cura y Locura*. Fondo Editorial Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela.
- Lykes, M. B. (2003). Una re-interpretación crítica del estrés pos-traumático desde una perspectiva comunitaria e intercultural. En Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial [ECAP] (Comp.), *Psicología Social y Violencia Política* (pp. 211-240). Editores Siglo Veintiuno.
- Malvaceda, E. (2010). Ñakari - formas culturales de sufrimiento tras la violencia política en el Perú. *Revista Ipsi Facultad De Psicología UNMS*, 13(2), 129-138.

- Márquez, A. (2008). *Retocando "Green Door": Proceso de transformación con la participación de los consumidores. Una intervención desde la Investigación-Acción-Participativa*. [Trabajo Especial para optar al título de Especialista en Psicología Clínica Comunitaria, Universidad Católica Andrés Bello]. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3850.pdf>
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y Salud Mental. *Estudios Centroamericanos*, (429/430), 503-514. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=898148>
- Martín-Baró, I. (1987). El latino indolente. Carácter ideológico del fatalismo latinoamericano. En M. Montero (coord.). *Psicología Política Latinoamericana*. Editorial Panapo.
- Martín-Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 7(28), 123-141. https://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/wp-content/uploads/2015/11/1988-La-violencia-pol%C3%ADtica-y-la-guerra-como-causas-del-trauma-RP1988-7-28-123_141.pdf
- Martín-Baró, I. y cols. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores
- Martín-Baró, I., Samayoa, J., L., Rozitchner, Lira Kornfeld, E., Dobles oropeza, I., Bustos, E., Punamäki, R. L., Barudy, J., Páez, D., Martens, J., Weinstein, E., Ricón, L., Becker, D., Goldberg, A. y Aron, A. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. UCA Editores. <http://www.bivipas.unal.edu.co/handlea/10720/358>
- Martínez, P. (2008). Re-pensando el encuadre en nuestras intervenciones. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 87-89). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Martínez Guzmán, A. (2014). Cambiar metáforas en la psicología social de la acción pública: De intervenir a involucrarse. *Athenea Digital*, 14(1), 3-28. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.793>
- Martínez Miguélez, M. (2007). Conceptualización de la Transdisciplinariedad. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 6(16), 1-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30501606>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=630/63023334008>
- Ministerio de Salud del Perú. (28 de junio de 2021). Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC). <http://www.minsa.gob.pe/salud%2Dmental/>
- Molina, N. (2010). "Diálogo sobre la Psicología Clínica Comunitaria". En A. Hincapié, (Comp.). *Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para una praxis de la psicología social y la clínica social-comunitaria en América Latina* (pp. 301-310). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

- Montenegro, M., Rodríguez, A. y Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Psicoperspectivas*, 13(2), 32-43. <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/433/351>
- Montenegro, M. y Pujol, J. (2003). Conocimiento situado: un forcejeo entre el relativismo construccionista y la necesidad de fundamentar la acción. *Interamerican Journal of Psychology*, 37(2), 295-307. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28437209>
- Montero, M. (1994). Vidas paralelas: psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos. En M. Montero (Comp.), *Psicología Social Comunitaria: Teoría, método y experiencias* (1ra Ed.) (19-47). Editorial Universidad de Guadalajara.
- Montero, M. (2002). Construcción del otro, liberación de sí mismo. *Revista Utopía y praxis Latinoamericana*, 7(16), 41-51. <https://www.redalyc.org/pdf/279/27901604.pdf>
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Montero, M. (2006a). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Paidós.
- Montero, M. (2006b). Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Paidós.
- Montero, M. (2010). Para una psicología clínica comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción. En A. Hincapié (Comp.), *Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para una praxis de la psicología social y la clínica social-comunitaria en América Latina* (pp. 221- 247). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Montero, M. (2012). Construcción psicosocial del concepto de salud: De la ética a la práctica. *Consciencia y Diálogo*, 3(3), 137-147. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/conscienciaydialogo/article/view/4302>
- Montero, M. (2015). Prólogo. En P. Gaspar Gancia y C. Valenzuela Contreras (Comp.), *Integración clínica-comunitaria: propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial* (pp. 9-12). RIL editores.
- Montero, M. y Giuliani, F. (1999). La docencia en la psicología social comunitaria: algunos problemas. *Psykhé*, 8, 57-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6874633>
- Montero, M. y Goncalves de Freitas, M. (2010). Procedimientos y herramientas terapéuticas en contextos de pobreza. El método clínico-comunitario en construcción. En A. Hincapié (Comp.), *Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para una praxis de la psicología social y la clínica social-comunitaria en América Latina* (pp. 221- 247). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

- Montero, M. y Serrano-García, I. (2011). *Historias de la psicología comunitaria en América Latina*. Paidós.
- Montoya Vélez, E., López Ríos, J., Cristancho Marulanda, S., Valencia Franco, M., Montero de La Rosa, O. y Hernández Holguín, D. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1157-1166. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1089466>
- Morandé Dattwyler, M. (2015). Atención Primaria de Salud: una integración necesaria entre lo clínico y lo comunitario. En P. Gaspar Candia y C. Valenzuela Contreras (Comp.), *Integración clínica-comunitaria: propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial* (pp. 75-82). RIL editores.
- Moreno, A. (1995). *El aro y la trama. Episteme, Modernidad y Pueblo*. Colección *Convivium*. Centro de Investigaciones Populares.
- Morillo, G. (2006). *La Intervención Psico-educativa en el Parque Social Padre Manuel Aguirre s.j.: Pensada, mirada y construida desde una perspectiva Clínica Comunitaria*. [Trabajo Especial de Grado del Postgrado de Psicología Clínica Comunitaria, Universidad Católica Andrés Bello].
- Municipalidad de Lima. (28 de junio de 2021). Serenazgo de Lima. <http://www.transparencia.munlima.gob.pe/programas/seguridad/serenazgo-de-lima>
- Naciones Unidas. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Navarro, S. (2009). Prólogo. En Y. Pérez y C. Jibaja, *De la clínica a la salud mental comunitaria. Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país* (pp. 7-9). Editorial ROEL.
- Ortega, F. (2008). Rehabilitar la cotidianidad. En F. Ortega (Ed.), *Veena Das: sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 15-70). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227–232. <http://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C. y Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(105), 109-123. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100006
- Parra, M. A. (2016). Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37. 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04

- Pérez, Y. y Jibaja, C. (2009). *De la clínica a la salud mental comunitaria. Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país*. Editorial ROEL.
- Pérez, Y. y Wurst, C. (2013). *Promoviendo la recuperación psicosocial de los afectados por la violencia política en el Distrito de Chilca Alta (Huancayo)*. CAPS y Fondo Italo Peruano.
- Pérez de Antelo, A. (2003). El eslabón perdido: una posible psicología clínica comunitaria. *Revista Venezolana de Psicología Clínica-Comunitaria N° 3*, 179-194.
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/Psicologia%20Clinica3.pdf>
- Pérez Sales, P. y Fernández Liria, A. (2016). *Violencia y trauma: del trabajo comunitario a la psicoterapia. Guía de procesos y programa de intervención desde una perspectiva comunitaria*. Irredentos libros.
- Pezo del Pino, C., Velázquez, T., Valz-Gen, V. y Pareja, V. (2008). *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL. Serie Estudios Estadísticos.
- Prilleltensky, I. (2004). Prólogo. Validez psicopolítica: el próximo reto para la psicología comunitaria. En M. Montero, *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 5-14). Paidós.
- Pujal, M. (2004). La identidad ("el self"). En T. Ibañez (Coord.), *Introducción a la psicología social* (pp. 139-182). Editorial UOC.
- Quintal de Freitas, M. F. (2012). Capítulo 3. Construcción y consolidación de la psicología social comunitaria en Brasil: conocimientos, prácticas y perspectivas. En M. Montero y I. Serrano-García (Coords.), *Historias de la psicología comunitaria en América Latina participación y transformación* (91-114). Paidós.
- Real Academia Española (2019). Diccionario de la lengua española. Edición tricentenario. <https://dle.rae.es/especialidad?m=form>
- Rivera, M. y Taype, T. (2013). Encontrando rutas de bienestar: Malestares y búsqueda de ayuda en salud mental. En I., Bustamante, M. Rivera y L. Matos, *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas* (pp. 94-104). UPCH, Douglas Hospital, McGill University.
- Rivera, M. y Velázquez, T. (2017). Capítulo cinco: Modelo de Salud Mental Comunitaria. En M. Rivera y G. Vargas, *Salud Mental Comunitaria: Miradas y diálogos que nos transforman* (pp. 95-113). Grupo de Trabajo de Salud Mental-CNDDHH, URSPsi-PUCP.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2da Ed.). Ediciones ALJIBE.
- Rodríguez, J. (Ed.) (2009). *Salud Mental en la comunidad* (2da ed.). Organización Panamericana de la Salud.

- Rodríguez, P. (2003). Apuntes para una definición tentativa de la psicología clínica Comunitaria. *Revista Venezolana de Psicología Clínica-Comunitaria* (3), 195-211.
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/Psicologia%20Clinica3.pdf>
- Rodríguez, P. (2010). Psicología Clínica Comunitaria: algunas implicaciones teóricas y técnicas. En A. Hincapié (Comp.), *Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para una praxis de la psicología social y la clínica social-comunitaria en América Latina* (pp. 221- 247). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Rodríguez Ferreyra, A. (2020). Repensar lo común desde las diferencias espacializadas: nuevas interpelaciones para la psicología comunitaria. *Revista puertorriqueña de psicología*, 31(2), 206 – 220.
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/643>
- Sandoval, J. (2013). Una perspectiva situada de la investigación cualitativa en ciencias sociales. *Cinta de Moebio*, (46), 37-46.
www.moebio.uchile.cl/46/sandoval.html
- Sawaia, B. (1998). Afectividad y temporalidad en el cuerpo teórico metodológico de la psicología social. Una reflexión sobre el proceso de salud y enfermedad. *Revista AVEPSO*, XXI, 53-64.
- Serrano-García, I., Bravo, W. M., Rosario-Collazo, R. y Gorrín-Peralta, J. J. (1998). *La psicología social comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña*. UPR & Publicaciones Puertorriqueñas.
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7, 114-136.
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/54/54>
- Stolkiner, A y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 57 – 67.
- Strauss, A. y Corbin J. M. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1ra Ed.). Editorial Universidad de Antioquía.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.
- Torres, N. (2009). *Desarrollo de acciones transformadoras con los jóvenes de Catuche: la integración a través del autoconocimiento*. [Tesis para optar al Título de Licenciada en Psicología, Universidad Metropolitana]. Repositorio Biblioteca “Pedro Grases”
<http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/40/ATBF76T6B3.pdf>

- Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6ta ed.). Thomson Editores.
- Tyler, F. B. (1984). El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos. Como ejemplos de psicología comunitaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(1), 77-92. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80516107>
- Ugaz, P. (2015). *CHINKAQKUNA. Los que se perdieron*. Colectivo Desvela.
- Ussher, M. (2012). Articulaciones entre la psicología social comunitaria y la psicología clínica. En *Memorias IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 309-312). Ediciones de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Valenzuela Contreras, C. (2015). Salud mental y problemas sociales en Chile: ¿es posible una integración entre la psicología comunitaria y la psicología clínica? En P. Gaspar Candia y C. Valenzuela Contreras (Comp.), *Integración clínica-comunitaria: propuestas en salud mental, educación y desarrollo psicosocial* (pp. 17-28). RIL editores.
- Valz, V. (2008). El encuadre: una mirada al trabajo clínico en el ámbito comunitario. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 90-94). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vega, M. (2008). Una propuesta de salud mental comunitaria en contextos de desastre. En C. Pezo del Pino, T. Velázquez, V. Valz-Gen y V. Pareja, *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en torno al trabajo en salud mental comunitaria. Personas que trabajaban con personas en comunidad* (pp. 141-144). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vergara Vázquez, G. (2018). La Redefinición del Rol del Psicólogo/a en Contextos de Salud Pública hacia el Compromiso con una Salud Integral que Abarque Aspectos Clínicos y Comunitarios, con Prácticas Adaptadas a cada Contexto Sociopolítico. *Psicología Ambiental Latinoamericana*, (30), 68-75. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2018000100005
- Villa Gómez, J. D., Londoñi, N. M., Gallego, M., Arango, L. I. y Rosso Pérez, M. (2016). Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y experiencia clínica comunitaria. Acompañamiento psicosocial para la “rehabilitación” de víctimas del conflicto armado. *EL AGORA USB*, 16(2), 427-451. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407755354005>
- Wiesenfeld, E. (1997). Lejos del equilibrio: comunidad, diversidad y complejidad. En E. Wiesenfeld (Coord.), *El horizonte de la transformación: acción y reflexión desde la psicología social comunitaria* (pp. 7 – 22). AVEPSO.
- Wiesenfeld, E. (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. *Forum Qualitative Sozialforschung*

- / *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002303>.
- Wiesenfeld, E. (2001). *La autoconstrucción. Un estudio psicosocial del significado de la vivienda*. Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.
- World Health Organization [WHO] (30 de marzo del 2018). *Mental Health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Zurita, A. (2015). *Indicadores de cambio en la salud mental en personas afectadas por violencia social en contexto post-conflicto armado interno en Cusco* [Tesis para optar por el grado de Magíster en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Católica del Perú] Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5851>

ANEXOS

Anexo A. Guión de entrevista profesionales, egresados/as y académicos/as

- ¿Te consideras PCC (PCI o Pcom)? ¿Por qué?
- ¿De qué manera, en qué ámbitos o qué tipo de trabajo has realizado desde esta perspectiva?
- ¿Cuáles consideras son los aspectos que definen a la PCC? ¿Cuáles le dan particularidad cómo subdisciplina?
- ¿Cuáles crees son los puntos de encuentro y desencuentro entre la PCI y la Pcom? ¿Cómo ves estos encuentros y desencuentros de cara a la conformación de la PCC?
- ¿Cuál es la concepción y el abordaje de SM que debe asumir la PCC?
- ¿Qué principios deben guiar a la PCC?
- ¿Cuáles técnicas o métodos son o podrían ser útiles en el ejercicio de la PCC?. ¿Cuáles han sido los más empleados en tu quehacer?
- ¿Cuáles procesos humanos/psicológicos podrías considerar como CC propiamente? Explicar
- ¿Cuál es el rol que deben cumplir las personas de la comunidad y los profesionales en la PCC?
- ¿Cuáles son los retos o desafíos que le corresponde asumir a la PCC?
- Si tuvieras la posibilidad de conformar un servicio de SM planteado desde la PCC ¿Cómo te lo imaginas?
- ¿Qué crees debería ofrecer?
- ¿Cómo te gustaría actuaran los profesionales en general y en el trato con las personas de la comunidad y viceversa?
- ¿Dónde deberían prestar el servicio?
- Algún elemento que quisiera agregar

Anexo B. Guión de entrevista para personas de la comunidad y estudiantes

- ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta esta comunidad?
- ¿Consideras que tu comunidad tiene salud? Explicar
- ¿Qué es para ti la SM?
- ¿Cuáles son los principales problemas psicológicos o de SM que se tienen en tu comunidad?
- ¿Cómo podrían solventarse?
- ¿Han tenido apoyo para afrontar estas situaciones?: ¿en qué ha consistido?, ¿resultó útil?, ¿qué fue lo que más ayudó?
- ¿Qué necesidades de apoyo tienes tú y tu comunidad actualmente en el ámbito de la SM?
- Si tuvieras la posibilidad de pedir un servicio de SM que atendiera a las personas de tu comunidad:
- ¿Cómo te lo imaginas?
- ¿Qué te gustaría ofreciera?
- ¿Cómo te gustaría actuaran los profesionales en general y en el trato con ustedes?
- ¿Y cómo crees ustedes deberían tratar a los profesionales?
- ¿Dónde deberían prestar el servicio?
- ¿Cómo se podrían involucrar las personas de la comunidad para potenciar este servicio?
- ¿Pueden las personas de la comunidad ayudarse entre sí para atender los problemas de SM y fomentar una mejor SM de las personas y la comunidad?
- ¿Qué ventajas tendría el poder contar con servicios de SM en la propia comunidad?
- Incluir comentarios que desea añadir

Anexo C. Guión de preguntas para talleres de estudiantes

De manera colectiva se trabajará la siguiente pregunta que servirá de base para el resto del trabajo de los equipos: ¿Cuál es la concepción de salud mental que debe asumir la PC?

Las siguientes preguntas son comunes a todos los equipos:

- ¿Cuáles son los retos o desafíos que le corresponde asumir a la PCC en el campo de la salud mental?
- ¿Cómo la Maestría ha contribuido o puede contribuir a potenciarlos en su desarrollo profesional en el trabajo con las comunidades en los temas tratados?

Equipo 1

- ¿Cuáles son los temas/problemáticas/situaciones y entornos que corresponde usualmente atender a la PCC. Empleen ejemplos vinculados a su labor profesional.
- ¿Cuáles de las situaciones planteadas sería más conveniente atender con el enfoque de la Psicología Social Comunitaria, y cuáles, con el enfoque de la Psicología Clínica Comunitaria? ¿Por qué?
- ¿Qué diferencia una perspectiva de otra?
- ¿Cómo debe ser el apoyo de la PCC a las comunidades en el campo de la salud mental?

Equipo 2

- ¿Cuándo podemos decir que una comunidad es saludable? Explicar
- ¿Cuáles son los principales problemas psicológicos o de salud mental que enfrentan usualmente las comunidades?
- ¿Cuál es el rol que deben cumplir las personas de la comunidad y los profesionales en el trabajo con la salud mental?
- ¿Cuáles estrategias (técnicas, métodos) son o podrían ser útiles para atender la Salud mental en las comunidades?

Equipo 3

Si se les encarga organizar un Servicio de Salud Mental Comunitaria:

- ¿Cómo lo imaginan?
- ¿Qué creen debería ofrecer?
- ¿Cómo le gustaría actuaran los profesionales en general y en el trato con las personas de la comunidad y viceversa?
- ¿Dónde deberían prestar el servicio?

Equipo 4

- ¿Cómo se podrían involucrar las personas de la comunidad para potenciar un servicio de salud mental en su comunidad?
- ¿Pueden las personas de la comunidad ayudarse entre sí para atender los problemas de salud mental y fomentar una mejor salud mental de las personas y la comunidad?
- ¿Qué ventajas tendría el poder contar con servicios de salud mental en la propia comunidad?

Anexo D. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Servicio de Psicología de la Comunidad de Catuche

Desde el Parque Social Padre Manuel Aguirre de la Universidad Católica Andrés Bello estamos desarrollando una investigación en torno al Servicio de Psicología que estamos prestando en la comunidad de Catuche, a cargo de Maribel Goncalves de Freitas. Con esta investigación se pretende entender las necesidades de salud mental de la comunidad y la manera como el servicio ha contribuido en la atención de la misma.

Para ello recogeremos las ideas de los diferentes actores de interés vinculados a este servicio y a la comunidad, por lo cual solicitamos su colaboración participando en una entrevista a fin de obtener sus aportes al respecto, lo cual redundará en potenciar dicho servicio en pro de la comunidad.

La información acá recogida será empleada también para fines académicos en una investigación más amplia relativa a la construcción del modelo de la Psicología Clínica Comunitaria, bajo la responsabilidad de la misma investigadora.

La investigadora se compromete a garantizar el anonimato de su participación en estos espacios de discusión y a emplear la información recogida para fines académicos.

Los abajo firmantes acceden de manera voluntaria a participar en esta investigación y permitir que dicha información sea empleada en publicaciones de carácter científico.

Consentimiento informado

Encuentro de discusión: Salud Mental y Formación en Psicología Comunitaria

Estimados colegas, estamos organizando una serie de grupos de discusión en torno a la temática de Salud Mental y Formación en Psicología Comunitaria. Dichos grupos se realizarán en el marco de una investigación orientada a entender la realidad de la salud mental en las comunidades, su vinculación con el quehacer de la Psicología Comunitaria y la formación de profesionales; específicamente desde la Maestría de Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

La idea es desarrollar unos grupos de discusión con estudiantes y egresados de la maestría, que permita en primer lugar, generar un espacio de intercambio entre profesionales que estén viviendo la experiencia de la formación en Psicología Comunitaria o que hayan pasado por ella. De la misma manera, será un aporte para la maestría al ofrecer reflexiones que permitan repensar y potenciar la formación impartida y finalmente, los conocimientos acá se incluirán en una investigación más amplia relativa a la construcción del modelo de la Psicología Clínica Comunitaria, a cargo de Maribel Goncalves de Freitas.

Tanto la maestría como la investigadora se comprometen a garantizar el anonimato de su participación en estos espacios de discusión y a emplear la información recogida para fines académicos.

Los abajo firmantes acceden de manera voluntaria a participar en este grupo de discusión.