

## Introducción

En Chile, con el retorno de la democracia, se inició un proceso de transformación de las políticas en salud mental y psiquiatría. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2006) propone una transformación de los problemas a intervenir y de las formas de intervención, presentando al enfoque comunitario como una innovación y un avance que permitirá mejorar la comprensión y el abordaje de la enfermedad y la salud mental. En este marco, los problemas a intervenir no deben ser entendidos sólo desde una perspectiva médica o clínica, sino que deben incorporar los aspectos sociales y el bien estar subjetivo de las personas.

El presente trabajo busca dar cuenta de cómo han ocurrido estos procesos y cuáles son sus implicancias. Para esto, en la primera fase de la investigación se realizó un ejercicio de reconstrucción de los principales objetos y técnicas de intervención, que dotan de sentido a la actual Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile; adoptando lo planteado por Foucault (1976), éstos se comprenden a través de una revisión de las instituciones que históricamente han intervenido a los sujetos que hoy en día son el blanco de la política de salud mental y psiquiatría en Chile. En específico se indagó en las instituciones que asentaron las prácticas del encierro, primero como castigo y control social, y luego como prácticas propias de la medicina y la psiquiatría. Luego, en una segunda fase, el diseño de investigación contempló un acercamiento de tipo etnográfico a un equipo de profesionales de un Centro de Salud mental y Psiquiatría Comunitaria (en adelante CESAMCO) de la ciudad de Valdivia, Chile, como un espacio acotado donde fue posible observar las acciones de los interventores, para luego analizarlas en cuanto a cómo permiten, mantienen o transforman ciertas relaciones de poder y lógicas de gobierno.

En el proceso de revisión bibliográfica se ha adoptado la noción de *colonialidad* para dar cuenta del patrón de relaciones de poder que resultó de las formas de relación de dominación del colonialismo moderno (Quijano, 2000), y que no se restringe al colonialismo, es decir, a la relación formal de poder entre dos pueblos, sino que hace referencia a las formas de conocer y de ser, que permiten y mantienen el patrón de relaciones de poder y de dominación de unos sobre otros.

El concepto de *colonialidad* cobra relevancia, dado que, pese a las diferentes formas que han adoptado las estrategias de control sobre determinados sujetos (vagos, locos, criminales, enfermos), éstas históricamente han sido el resultado de la

hegemonía cultural, económica y política de ciertas formas de conocimiento por sobre otras. Luego, la legitimidad de estos conocimientos produce racionalidades políticas y diferentes objetos durables por inscripciones institucionales, tales como nuevas clasificaciones diagnósticas, nuevos instrumentos de evaluación y nuevas formas de organización de las entidades avocadas a la intervención de ciertos sujetos (Still y Volody, 1992; Rivero, 2005).

A continuación se da cuenta del surgimiento y las transformaciones de las instituciones que asentaron las prácticas del encierro como castigo y control social, y las prácticas propias de la medicina y la psiquiatría en Chile, poniendo especial atención a cómo el componente *modernidad/colonialidad* ha legitimado y asentado determinadas lógicas y estrategias de gobierno. Luego se analiza cómo esto se incorpora en las actuales estrategias de gobierno y en la producción de subjetividades, a través de las prácticas de los profesionales que llevan a cabo las transformaciones en la intervención en salud mental y psiquiatría en Chile.

### **El panóptico sin espacialidad**

Las *casas de objeto público* pueden ser entendidas como los primeros indicios del espacio donde se funden la asistencia y la penalidad, que luego tendrá injerencia en las prácticas del encierro en Chile (Neira, 1998). Durante la colonia, la encomienda fue una estrategia de orden social, basada en la territorialidad y en el señorío (Millar y Duhart, 2005). En este orden los siervos son responsabilidad de un señor, pero para que éste pueda velar por sus siervos, controlarlos y disciplinarlos es necesario que estén fijos en el territorio que le ha sido encomendado. De ahí el problema de la vagancia: quienes no pertenecen a un lugar, y por tanto a un señor, no pueden ser disciplinados. En este orden, la casa señorial juega un rol central: es donde habita el señor y su familia, pero además es el espacio público donde se realizan las prácticas y ritos de vinculación familiar y donde se establecen las jerarquías (Araya, 2005).

El problema de la disciplina y de la moralización de los sujetos que no tienen un señor (los vagos), es tratado con las mismas estrategias de control espacial: se les asigna un espacio que suple la función de una casa señorial.

La noción de casa de objeto público se utilizaba durante la Colonia para designar a aquellos establecimientos donde habitaba gente, pero que no eran casa de familia. Esta denominación se mantendrá durante los primeros años de la República; en el censo de 1813 se utilizó esta categoría para designar a parroquias, iglesias conventos, monasterios, cárceles, casas de corrección, hospitales, hospicios, casas de educación y fábricas. Es decir, aún en los primeros años de la República esta categoría se utilizaba para designar a aquellas viviendas que suplían la función social de la casa señorial: brindar protección a cambio de sumisión y obediencia. Sin embargo, el censo incorpora estos establecimientos a la lógica del registro y control,

propia del Estado moderno; es un primer intento por hacer de ellos un objeto de conocimiento racional para su gobierno.

En 1820 se funda la Casa Correccional de Santiago, una “casa de objeto público” que se inspira en las modernas ideas del castigo y el control social, y más específicamente en las ideas ilustradas de Jeremy Bentham sobre los medios más adecuados para la corrección moralizadora: el panóptico (Neira, 1998).

Para Foucault (1979) el panóptico de Bentham es la materialización de un nuevo dispositivo de poder que es posible por una estructura arquitectónica que garantiza el ejercicio automático y no individualizado del poder, porque los sujetos son dispuestos de manera tal, que siempre están de frente a un vigilante, sin poder verificar quién los vigila, ni en qué momento están siendo vigilados. La disposición espacial que inaugura el panóptico es para Foucault una economía del poder, ya que no requiere ceremonias, ni ritos, ni marcas sobre un cuerpo particular para ser efectivo. No hay alguien visible sobre quien recaiga el ejercicio del poder y sin embargo, éste se ejerce sobre todos.

La espacialidad propia del panóptico sólo se materializó en la Casa Correccional de Santiago a fines de la década de 1840, aún cuando las reformas se comenzaron a implementar 20 años antes, con la legitimidad emanada de las bondades del moderno modelo que se utilizaba en Europa. Las primeras medidas que se tomaron fueron inspiradas en la crítica de Bentham a la administración pública. La Casa de Corrección de Santiago era administrada por privados y el gobierno sólo se encargaba de la vigilancia armada. Los administradores privados debían enseñar un oficio y hacer productivos a los reclusos a fin de sustentar económicamente a la institución y dejar ganancias para el administrador.

Es decir, la configuración de la corrección moralizadora, que en Europa se asienta en una nueva disposición espacial y una nueva estrategia del poder, en Chile sólo se traduce en un mandato de la modernidad, que legitima las estrategias de control ya existentes, es decir, la adscripción de los sujetos a un espacio y un señor: El espacio del encierro no será transformado para que opere la vigilancia como mecanismo de control, y por lo tanto, seguirán siendo necesarias las acciones sobre los cuerpos para hacer efectivo el ejercicio del poder: Quien ejerce el poder seguirá siendo visible (el administrador) pero ahora su legitimidad para actuar no emanará de una acción soberana, sino de la adopción de la lógica moderna. Esto le permitirá nuevas acciones: Los administradores ahora podrán hacer que los reclusos adopten el hábito al trabajo, a fin de asegurar su sustento económico.

### **La mirada médica sin cuerpo**

Por otra parte, en lo referente a la mirada médica, en Chile es claro que ésta no fue producto de un proceso como los descritos por Foucault para el caso de Europa.

La conformación de una mirada médica en Chile no se explica sino por de la importación de los conocimientos médicos desde Europa. Tales conocimientos fueron validados como verdades y luego se implementaron transformando la realidad social chilena.

La mirada médica, según Foucault (1991), es el resultado de procesos sociales e históricos en Europa, tales como la reorganización del campo hospitalario, la redefinición del estado del enfermo en la sociedad y la relación entre la asistencia y el saber. En *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* Foucault (ibíd.) propone que con el surgimiento de la anatomía patológica, la nosología se transforma por acción de la observación de los cuerpos enfermos en el lecho y por la práctica de la autopsia, que posibilita la observación del espacio interior de los cuerpos diseccionados.

La posibilidad de localizar en los cuerpos los signos de la enfermedad, habría dado paso a la clínica, es decir, a una nueva forma de saber médico que crea una relación entre lo visible y lo enunciable y con ello logra “dar a ver al decir lo que ve” (Foucault, 1991: 270).

La visibilidad de la enfermedad en los cuerpos luego será la evidencia de la existencia positiva de la enfermedad y hará que sus términos aparezcan como hechos positivos, o sea, la clínica como forma de mirar, logra desprender a la enfermedad de la metafísica y la hace visible, legible, abierta al lenguaje y a la mirada. Esta mirada clínica luego se sistematiza en un método.

Pero en Chile, durante los primeros años después de la independencia, el discurso médico se mantuvo en torno a reconceptualizaciones medievales y la formación de los médicos se sustentó en el comentario de textos y la especulación sobre el cuerpo humano, es decir, no se puede entender como el resultado de la conformación de la mirada clínica. Sólo a partir de la llegada de médicos europeos, se comenzó a instalar el discurso de la modernidad, y a proponer la necesidad de una enseñanza médica basada en la anatomía (Cruz-Coke, 1993).

En 1833 se estableció en el Instituto Nacional un plan de estudios en medicina que incorporaba la anatomía. Con esto se pretendió adoptar los métodos de enseñanza propios de la modernidad, pero la falta de recursos y las condiciones en que se impartió, hicieron que la práctica de la disección de los cuerpos fuese difícil. Por otra parte, la formación clínica en los hospitales era poca y discontinuada debido a las condiciones sociales y materiales de los recintos.

A partir de 1832 los hospitales y asilos, ya diferenciados de otras casas de objeto público, fueron entregados a un jefe con la denominación de administrador. Además se estableció un tesorero y una junta directora para cada uno de los establecimientos. Estas últimas eran responsables de la administración financiera. Con esta medida el Estado asumió algún grado de responsabilidad –aunque menor– con hospitales y casas de expósito, puesto que el rol de secretario de la junta directora recaía en un funcionario técnico y especializado de gobierno. Sin embargo, la

dirección financiera siguió en manos de particulares, aunque no de cualquiera; los indicados para dicha tarea eran ciudadanos filantrópicos, que pertenecían a la elite tradicional y mercantil, que históricamente, desde la Colonia, había realizado obras piadosas, como expresión de su elevada moral cívica y religiosa. La responsabilidad por el funcionamiento de estos establecimientos siguió siendo producto de los elevados sentimientos de personas, y como tal, no pudo ser campo de las leyes positivas (Castillo, 1937, en Franulic, 2007). La moral que dio origen a las obras piadosas en la sociedad colonial (propia de la elite mercantil) fue la fuente de una normativa interna, instituida ahora por reglamento. Es decir, la moral religiosa y filantrópica se conjugó con la racionalidad ilustrada, y dio origen a un orden establecido por reglamento al interior de los hospitales. La legitimidad de éste no reposaba en la autoridad republicana, sino en la autoridad moral. Así en el cuidado de la enfermedad, se conjugó la lógica religiosa y filantrópica de un sector de la sociedad con la lógica racional e ilustrada que validará la modernidad.

Bajo esta forma de organización de los hospitales, se optó más bien por una formación médica centrada en la cátedra y basada en la enseñanza del conocimiento médico en Europa (Ferre, 1904). Es decir, se enseñó como cátedra el conocimiento generado en la práctica de la mirada clínica de los médicos europeos.

Como consecuencia, el discurso médico continuará por varios años centrado en la descripción y clasificación de enfermedades, es decir, en la nosología. La enfermedad continuará sin asentarse en el espacio de los cuerpos, y se percibirá sin una localización, y por consiguiente sin existencia positiva, salvo la que dicta la experiencia de Otro. Luego, el mayor estatus de los médicos, así como la incorporación de prácticas clínicas en los hospitales, ocurrirá por imitación de las prácticas que en Europa habían transformado las concepciones de la enfermedad y la mirada médica.

### **El psiquiátrico social**

La Casa de Orates de Santiago (1852-1891) se reconoce como la antecesora de la institución psiquiátrica en Chile. Ésta, en sus inicios mantuvo similares características con otras “casas de objeto público”. Luego poco a poco se convirtió en un lugar de encierro moralizador y disciplinamiento de ciertos grupos, incorporando técnicas, discursos y disposiciones espaciales propias de la psiquiatría y el tratamiento moral europeo, pero trasvasiado a la realidad chilena. El médico inglés Guillermo Benham fue traído por el gobierno chileno a fin de ser el médico residente de esta casa. Su principal innovación fue incorporar el trabajo como terapia, lo que se retomará con fuerza luego en el Manicomio Nacional y en el Instituto Psiquiátrico (Escobar, Medina y Quijada, 2002). El Dr. Benham, así como muchos otros médicos residentes, mantuvo una relación conflictiva con los administradores

y la junta directora por los escasos recursos destinados al cuidado de los internos. Su sucesor fue el Dr. Carlos Sazié, quien fue enviado a Europa para estudiar las enfermedades nerviosas.

Durante la última década del siglo XIX y las primeras del XX, se da una expansión de la institución psiquiátrica acompañada de un desarrollo de la medicina alienista: se crea un internado, se desarrollan trabajos de investigación sobre la etiología, clasificación y tratamiento de las enfermedades mentales y se incorporan enfermeras y visitadoras. Todo esto en medio del contexto social y económico de Chile de esos años, es decir, previo a un proceso de industrialización, que significó un importante cambio en las formas tradicionales de organización y control social. En este entorno, la naciente institución psiquiátrica en Chile se caracterizó por la relevancia que se le otorgó al trabajo, hasta el punto que el Psiquiátrico de Santiago en sus primeros años llegó a convertirse en un espacio que reproducía el orden propio de la industrialización (Leyton, 2008): grandes talleres, producción en serie, e incluso un pequeño ferrocarril para el traslado de materias primas. Esto da cuenta de cómo en los inicios de la institución psiquiátrica en Chile el encierro además de una estrategia de control contienen un criterio de rentabilidad económica, al igual como ocurría con la cárcel.

La psiquiatría adquirirá luego el rango de una rama de la medicina, fuertemente asociada a la *cuestión social*, concepto acuñado por el médico Augusto Orrego Luco.

El Dr. Orrego Luco fue uno de los pioneros de la psiquiatría chilena; profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, internista y psiquiatra, formado en Francia en la clínica del profesor Chacot, activo miembro de la Sociedad Médica de Santiago, colaborador de la Revista Médica de Chile y miembro del Consejo de Instrucción Pública entre 1885 y 1888; fue un representante de la elite médica y de las modernas nociones de higiene y salubridad pública, provenientes desde Europa (Yáñez, 2008) e introdujo la *cuestión social* para referirse a los problemas sociales y sanitarios derivados de la migración de grandes masas de población del campo a la ciudad a principios del siglo XX.

La *cuestión social* fue luego una plataforma a partir de la cual se generarán cambios en relación a los problemas sociales y de la salud de la población (Molina, 2007). Podemos decir que la *cuestión social* emerge en gran medida por las técnicas y lógicas de vigilancia sobre las condiciones de vida de los pobres, que se instauran a partir del asenso de la élite ilustrada, y que buscará replicar en Chile el conocimiento adquirido en Europa. Estas nuevas técnicas, llevarán a implementar estrategias de organización y control de la población, es decir, poco a poco llevarán a lo que Foucault (1976) describe como la forma que adopta el poder en los estados modernos, y que se caracteriza por actuar sobre la vida de la población, hasta llegar a modificar su función: la administración de la vida de la población pasa a constituir la razón de ser del poder.

Esta forma de poder, es a lo que Foucault (1977) denomina biopoder: lo bio-

lógico se refleja en lo político y la vida deja de ser algo que emerge o se termina por azar, para pasar a ser objeto de conocimiento y de intervención. La vida y sus mecanismos son objeto de cálculo explícito, y el saber/poder en torno a ella será un agente de transformación social (y de la vida misma), por su inscripción en normas y leyes.

La llamada *cuestión social* fue en Chile una plataforma a partir de la cual se generaron cambios en relación a los problemas sociales y de la salud de la población. Las soluciones propuestas fueron dadas por el discurso de la modernidad y la ciencia. Especial importancia tuvo en esto el movimiento de médicos, que comenzó a consolidarse luego de la creación y modernización de la carrera de medicina en la Universidad de Chile. Como ya se ha mencionado, esta modernización recibió influencias de las nuevas prácticas en la medicina en Europa.

Pese a las diferencias entre los actores, el discurso modernizador instaurará para todos los sectores la idea de que el progreso sólo es posible por la intervención racional, científica y técnica de la población. Por medio del conocimiento objetivo, traducido en políticas sociales, se intentarán controlar la demografía y la producción a través de la asistencia. Así, a partir de la cuestión social surgirá la política social en Chile, es decir, la profesionalización de las acciones sobre los pobres (Illanes, 2004).

El surgimiento de la institución psiquiátrica en Chile se debe comprender en este contexto: como rama de la medicina, la psiquiatría pretende establecer las causas de la enfermedad mental y localizarlas para luego controlarlas y atacarlas. Como médico psiquiatra, Orrego Luco localiza las causas de la enfermedad mental en el aumento abrupto de la población urbana y las condiciones de vida de las masas de población que llegan a la ciudad, las que considera una anormalidad y un peligro para la raza: Relacionó la *cuestión social* con el aumento abrupto de la sífilis, la cual luego relaciona con la enfermedad mental, ya que uno de los principales efectos de la sífilis sería el retardo mental de los hijos. Esta relación también fue propuesta por Lorenzo Sazie y Ramón Elguero, otros pioneros de la psiquiatría en Chile. Por lo tanto las estrategias de control de la enfermedad mental en principio no serán muy diferentes de las estrategias de control de la demografía: la asistencia y la higiene, traducida en política social y profesionalización de las acciones sobre los pobres.

Luego, se profundizarán las transformaciones en el tratamiento de los enfermos mentales, adoptando las modernas ideas de la psiquiatría europea: sus clasificaciones, y sus técnicas, en especial el tratamiento moral.

### **Modernidad/colonialidad y conocer desde ningún lugar**

Foucault (1978) propone que la forma de gobierno político como hoy la conocemos no se debe entender como algo dado, sino como el resultado de un proceso,

en el que las relaciones de poder se elaboraron, racionalizaron, y centralizaron bajo instituciones estatales. Desde esta perspectiva, el poder se entiende como acción que produce lo pensable y practicable. Así el Estado moderno es también el resultado de un proceso por el cual la población emerge como sujeto de necesidades y aspiraciones y como objeto de la intervención racional del gobierno. Para el buen gobierno de la población, se necesita de lo que Foucault llama “las manifestaciones de verdad” a través de las cuales es posible “gobernar en el nombre de la verdad” (Rivero, 2005).

Podemos entender las prácticas del encierro, las propias de la mirada médica y las que conciernen a la institución psiquiátrica, como formas de gobierno que buscan controlar la conducta de ciertos sujetos, en base a ciertas verdades. Entonces, en Chile éstas no se pueden comprender sin la existencia de *Otro*. Ese Otro tiene la posibilidad de hacer la enunciación de la verdad porque viene desde otro lugar, desde el centro, por lo general Europa.

En este punto se hace necesario incorporar un nuevo concepto: lo que Quijano y Wallerstein (1992) han denominado modernidad/colonialidad. Según este planteamiento, la ilustración no habría más que transformado en discurso una idea que se origina con la experiencia colonizadora.

Como consecuencia de la expansión colonial de Europa se habría producido un desplazamiento discursivo que se arraiga en la idea de que los países colonizadores se encontraban en el centro del mundo. Desde este lugar, el Otro al colonizador, es decir, el sujeto no europeo, es puesto como “un descubrimiento”, es decir, se constituye en algo completamente novedoso que genera el extrañamiento del hombre blanco europeo. Estos elementos según Castro-Gómez (2005) fueron los que posibilitaron la idea de que era factible observar y conocer desde un lugar neutro, o como él lo ha denominado, la *Hybris del punto cero*. Mediante este desplazamiento discursivo se invisibilizó el origen de esta forma de conocer localizada en un tiempo, un espacio y una cultura: la Europa colonial.

El punto desde donde se puede observar de forma neutra, es también el lugar de enunciación desde donde se puede decir la verdad sin riesgo de contaminación o distorsión y es, por tanto, el lugar desde donde se puede realizar el ejercicio colonial en el nombre de la verdad.

Al hacer invisible su origen y presentarse como un punto de observación que no está en ningún lugar, el conocimiento del hombre blanco europeo pudo plantearse como objetivo y, por tanto, universal y proponer que otras formas de conocer eran erróneas, debido a que estaban localizadas en quien conocía, y por tanto contaminadas por su subjetividad. Así, el proceso colonial de América habría validado esta forma de conocer, y con ello habría posibilitado que el pensamiento moderno excluyera todos los otros tipos de pensamientos por considerarlos no objetivos. Según esto, los supuestos epistémicos de la modernidad tienen su base en el desplazamiento discursivo que se ocasionó por la experiencia de la colonización de

América. A esta constitución de la modernidad, que tiene como eje la colonialidad, es a lo que Quijano y Wallerstein han denominado modernidad/colonialidad. En otras palabras, la idea de un punto neutral de observación, que ha sido central en el surgimiento del proyecto ilustrado y la modernidad, tiene sus bases en el proceso de colonización de América.

Como hemos visto, en Chile las prácticas a la base de la intervención de ciertos sujetos (los que hoy son el blanco de las transformaciones en las políticas de salud mental y psiquiatría) se han validado y asentado en la modernidad/colonialidad, es decir en la idea de que existe un Otro que posee un conocimiento verdadero, que debemos replicar. Pero los discursos de la modernidad y la civilización, que en principio se dictaron desde Europa (el centro), comienzan a configurar una lógica local. En Chile ciertos sujetos adoptarán este discurso y con él la atribución de hablar en nombre de la verdad. Entre éstos, los médicos tendrán un lugar de importancia. Quienes definirán en adelante en Chile cómo asegurar el bienestar del pueblo y el progreso del país adquirirán las formas de conocer propias de la modernidad/colonialidad. Desde ese momento en adelante no podemos entender el espacio geográfico de Europa como el centro y el espacio geográfico chileno como una periferia, ya que en Chile modernidad y premodernidad convivirán configurando realidades locales en las que coexisten centros y periferias.

En este sentido, el marco analítico se hace más complejo para la comprensión de las realidades sociales en las antiguas colonias europeas. Éstas pueden ser consideradas como espacios donde se genera la realidad a partir de las coordenadas que resultaron del desplazamiento discursivo que se dio a partir de la colonización y que se mantienen como matrices generadoras de realidad, más allá de los procesos geopolíticos de colonización. Por tanto, el sujeto moderno no se identifica necesariamente con el sujeto europeo, sino con aquel que en el espacio de América Latina ha adoptado la visión verdadera: una visión objetiva. La ilustración, construida como el despliegue de la modernidad desde el norte de Europa hacia el sur (Dussel, 2012), autoriza a estos sujetos modernos para enseñar al Otro atrasado la modernidad. Pero como he señalado anteriormente, en Chile el lugar de enunciación del sujeto moderno se relaciona además en sus inicios con el discurso religioso y moral de una elite.

Las sociedades diferentes a la europea se comprenderán como una temporalidad anterior. Es decir, Europa sería el futuro al cual han de llegar otras sociedades en la medida en que se desarrollen (Chakrabarty, 2000). Esta idea es también la que justifica el surgimiento de la intervención social en América Latina (Carballeda, 2002). La modernidad, como algo nuevo y mejor que lo anterior, habilita a ciertos sujetos a enseñar a otros.

Esto cobra relevancia porque en Chile, así como en gran parte de Latinoamérica, el proyecto de la modernidad, que conlleva a la necesidad de reglas racionales para un buen gobierno de la población (Foucault, 1978), no se puede comprender sólo por el devenir de procesos sociales internos, sino que debe considerar la mo-

derinidad/colonialidad como un elemento constitutivo de los supuestos epistémicos que atraviesa las prácticas y los discursos que han posibilitado el Estado moderno y las actuales racionalidades políticas en Chile, en las cuales se inscribe el proceso de reforma de la institución psiquiátrica.

No es mi intención brindar una comprensión de cómo se ha construido desde fuera al sujeto colonial, ni reivindicar a un supuesto sujeto originario latinoamericano, sino que, a través de una historia localizada de las prácticas (Castro-Gómez, 2011), entender los procesos de subjetivación en el contexto actual chileno.

### **Intervención de la subjetividad y colonialidad**

Foucault propone que la biopolítica produce conocimiento sobre los procesos biológicos que inciden en la población, y que luego éstos actúan sobre los cuerpos creando modos de subjetivación. Sin embargo, en la actualidad habría ocurrido un dislocamiento del concepto de biopolítica desarrollado por Foucault, de modo que se ha modificado la propia noción de vida (Hart y Negri, 2001). La biopolítica ya no tendría que ver sólo con los procesos biológicos de la especie, sino que con hacer vivir y controlar las condiciones de vida de los individuos.

Los problemas de salud ya no se restringen al control de tasas de natalidad y de la muerte de la población; la preocupación de la autoridad ahora va hacia promover estilos de vida saludables, lo que significa implementar nuevas formas de control sobre las condiciones de vida de los sujetos. Esto conlleva a nuevas estrategias de gobierno para intervenir en nuevas esferas de la vida, con lo cual se redefine a los sujetos de intervención y los procesos de subjetivación implicados. En este proceso las estrategias de gobierno apuntarán a que las personas lleguen a ser autónomas y libres (Rose, 1998). Las transformaciones en la intervención de personas con enfermedades mentales, se deben entender también en esta nueva lógica. Esto no se restringe sólo a los sujetos de intervención, sino que también a los sujetos que piensan y realizan las intervenciones, pero en una situación desigual: uno (el interventor) sabe cómo debe llegar a ser el otro (el intervenido) y conoce las técnicas para que lo logre, no al revés (Rose, 2007).

Propongo que lo anterior se pueden relacionar con lo que Dussel (1992) ha denominado subjetividad colonizadora, es decir, con un tipo de subjetividad que se atribuye la posibilidad de pensar al Otro, no como un igual, sino como algo problemático, que debe ser corregido, adecuado, mejorado, normalizado. La diferencia se convierte así en una causa de dominación, es decir, en una valoración negativa, por ser entendida como un momento anterior en un proceso de desarrollo. De esta forma se justifica el control y la distancia que hacen del Otro un objeto de conocimiento y de gobierno, y se justifica que un tipo de individuo, que cuenta con un saber verdadero, pueda decirle a otro individuo qué debe hacer para ser mejor.

Los profesionales de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria además generan nuevas realidades con sus acciones, y a través de éstas participan de la validación de ciertas técnicas de intervención. El nuevo enfoque denominado *biopsicosocial* hace necesario que los interventores conozcan las realidades sociales de sus usuarios. Para esto los interventores realizan entrevistas con familiares, amigos, jefes, profesores, etc., y visitan domicilios, colegios, lugares de trabajo, etc. Luego, sus hallazgos son compartidos y analizados con otros profesionales, a fin de brindarles una explicación y establecer estrategias de solución.

Los integrantes del equipo del CESAMCO hacen aparecer un entramado de relaciones que generarán un caso psicosocial: establecen una serie de relaciones causales entre el diagnóstico clínico y la realidad psicosocial de los sujetos. A través de estas actuaciones, como interventores, los profesionales se crean como agentes de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y adquirieren la posibilidad de ver, decir algo, y hacer algo en relación con estos casos.

Posteriormente, estos casos psicosociales son traducidos (Serrés, 1991) a la ficha clínica y a los registros estadísticos. La ficha clínica puede ser entendida como una tecnología escritural; permite y constituye una comunidad científica, capaz de ser testigo de lo que sucede en el espacio del CESAMCO (Shapin y Schaffer, 1985). Mediante los registros en la ficha clínica, los casos psicosociales transitan hacia otros espacios, tales como los Centros de Atención Primaria, o la Unidad de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia. En este tránsito no pierden su existencia como *hechos*; por el contrario, otros interventores pueden ser testigos de los mismos y con esto, adquieren mayor existencia. Estos otros testigos, que se encuentran fuera del espacio del CESAMCO, no pondrán en duda la existencia de un problema *psicosocial*, en la medida en que haya desaparecido el lugar de enunciación de los interventores a la hora de establecer los hechos en la ficha clínica.

Estos hechos, los problemas psicosociales, son elaborados en medio de una discusión sobre los problemas abordados, que lleva a los profesionales a una fuerte implicación ética y política. Sin embargo, los interventores deben invisibilizar las contradicciones y los posicionamientos en tensión, que surgen en el momento en que se generan los casos psicosociales, a fin de que en la ficha clínica aparezcan como un hecho. Por lo tanto, para que los casos psicosociales lleguen a ser hechos reconocidos por toda la comunidad, deben ser enunciados desde un punto neutral de observación que esconde las condiciones subjetivas en las que se generaron.

Las tecnologías de gobierno dictan a los profesionales cómo se debe hacer enunciación de verdad y éstas responden a la lógica del conocimiento médico. Luego, los profesionales intentan ajustar sus enunciaciones a esas formas, aun cuando saben que esto limita la problemática, que ya no es sólo clínica, sino que ahora debe incorporar lo social.

A partir de este punto cero de observación (Castro-Gómez, 2005) los interventores se pueden comprender como sujetos coloniales: En este momento invisibilizan sus propias posiciones para hacer de los casos psicosociales hechos. Así se posibilitaba un lenguaje común entre los diferentes agentes involucrados en los procesos de intervención social en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile. Pero además se posibilita que los interventores puedan decir una verdad en relación al Otro, no como un igual, sino como algo problemático, que debe ser corregido, adecuado, mejorado, normalizado (Dussel, 1992.)

Los aspectos que cobran valor en las intervenciones son los que se relacionan con ciertas formas de sujeto: el sujeto libre y autónomo. ¿Cuál es el sujeto más completo y/o avanzado? Sin duda esto se relaciona con ciertas lógicas de poder, así como lo fue la idea de objetividad que dio pie a la modernidad. Pero además, si la modernidad se puede entender como posibilitada por relaciones de dominación que se originaron en los procesos de colonización de Europa, la idea de un sujeto más avanzado en relación a otro, también puede ser entendida como una forma de colonialidad.

Ahora adquiere un nuevo valor lo singular, lo local y a lo microsocioal. Esto hace que los profesionales deban entrar en la vida cotidiana y en los aspectos subjetivos de los sujetos/objetos de intervención, sin embargo, lo hacen desde formas previas y hegemónicas de comprender lo social y la subjetividad, que luego se les impondrán a ellos mismos, y a los sujetos de intervención.

La exigencia a individuos y comunidades de adquirir ciertas características puede ser entendida bajo la misma lógica que posibilitó la intervención de individuos y comunidades para hacer de ellos sujetos modernos acordes con las exigencias del desarrollo.

Esto puede llevar a homogeneizar realidades muy diversas por la contraposición de un tipo de subjetividad, con otra que es hegemónica y que se impone como el ideal a alcanzar. Dicho ideal está dado por el sujeto histórico europeo, es decir, por aquel que se ha construido por la ley, la economía política y la ideología de Europa, aunque no necesariamente en el espacio geográfico europeo (Guha, 2002). La crítica apunta a que esta norma se presenta como neutra, no determinada geopolíticamente e impone una verdad acerca de cómo debe ser el sujeto.

Entonces, la preocupación por la subjetividad y las particularidades de los espacios microsocioales, propia de las nuevas formas de intervención en salud mental y psiquiatría, no garantiza la liberación de ciertas formas de dominación, aun cuando se presentan como un esfuerzo inclusivo que busca superar las formas de dominación propias de la institución psiquiátrica, pues mantienen la matriz colonial generadora de conocimiento para la intervención, ahora de subjetividades y realidades microsocioales. Así, se mantiene la geopolítica instaurada por la jerarquía epistémica desplegada en la modernidad.

## Discusión

Para comprender cómo se ha llegado a producir lo que actualmente es pensable y practicable es necesario entender cómo se han producido “las manifestaciones de verdad” que legitiman las prácticas actuales de control sobre determinados sujetos. Pues bien, las verdades que legitimaron las prácticas del encierro, la clínica, la psiquiatría, entre otras, en Chile sólo fueron posibles, en la medida en que se originaron en el lugar de enunciación propia de la modernidad/colonialidad. Por lo tanto, ésta se entiende como un elemento constitutivo de las mismas.

Las diferentes estrategias de control sobre determinados sujetos han definido a los mismos bajo diferentes categorías: vagos, locos, criminales, enfermos. A su vez, éstas siempre han sido el resultado de la hegemonía cultural, económica y política de ciertas formas de conocimiento por sobre otras, lo que se puede explicar por el patrón de relaciones de poder que emergió a partir de la Colonia, aun cuando fueron procesos que se dieron cuando Chile ya era un país independiente.

Por lo tanto, las actuales formas de clasificación y las nuevas formas de organización de las entidades destinadas a la intervención, no pueden ser entendidas sin el componente colonial que está a la base de la generación de los hechos, aun cuando éstos se presenten como una forma más inclusiva de comprensión de las realidades a intervenir.

Finalmente se propone entender a los profesionales de los CESAMCO como una interface en un orden colonial (Mignolo, 2000), es decir, como un espacio que opera al mismo tiempo como centro y como periferia: como centro en la medida en que cuentan con un conocimiento que les permite acceder a un tipo de subjetividad desde donde pensar al otro, no como un igual, sino como algo problemático, y algo a intervenir a fin de ser corregido, adecuado, mejorado; como periferia porque para acceder a esta subjetividad deben adoptar la forma de conocer propia del sujeto moderno, aun cuando reconocen que su objeto de intervención (las subjetividades y las realidades microsociales) no se puede conocer ni intervenir desde un lugar neutral. Esto se vuelve una exigencia para decir algo y tener la posibilidad de hacer algo.

Acogiendo la propuesta de Castro-Gómez y Grosfoguel (2007), no se trata de negar los efectos de las formas de colonialidad para en su lugar reivindicar otras realidades. Se trata de comprender cómo en las prácticas en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile se van concatenando hechos producidos por las formas de conocer propias de la modernidad/colonialidad, con el propósito de pensar en otras posibilidades de ser y conocer, que permitan una apertura hacia la diferencia, que sea alternativa a esa forma de ser y de conocer que se impone como condición de existencia.

En este sentido, acogemos la noción de proyecto decolonial propuesta por Mignolo (2007). Asumiendo que la realidad en la que actúan los interventores está

atravesada por la colonialidad, aceptamos también que ésta produce “una energía de descontento, de desconfianza, de desprendimiento entre quienes reaccionan ante la violencia imperial” (p. 26). Esta energía se traduce en proyectos que también son constitutivos de la modernidad (y/o la postmodernidad), aun cuando intentan liberarse de una específica cosmovisión de una etnia particular, que se ha impuesto como la racionalidad universal.

### Referencias bibliográficas

- Alfaro, J. (2007). Tensiones y diversidad en nociones básicas de la psicología comunitaria, en A. Zambrano; G. Rosas; I. Magaña; D. Asún y R. Pérez-Luco (eds.), *Psicología comunitaria en Chile: evolución, perspectivas y proyecciones* (pp. 227-260). Santiago de Chile: RIL editores.
- Araya, A. (2005). Sirvientes contra amos: las heridas en lo íntimo propio, en Gazmuri y Sagredo (dirs.), *Historia privada en Chile*, vol. I (pp. 161-197). Santiago: Taurus.
- Carballeda, A. J. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires, Paidós Ibérica.
- Castro-Gómez, S. (2005). *La Hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- \_\_\_\_\_. (2011). *Crítica de la razón latinoamericana. Segunda edición ampliada*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana
- Castro-Gómez, S., Grosfoguel, R. (2007). Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. En S. Castro-Gómez y R. Grosfoguel (eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 9-24). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Cruz-Coke, R. (1993). *Historia de la medicina chilena*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Chakrabarty, D. (2000). *Provincializing Europe: Postcolonial Thought and Historical Difference*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- Dussel, E. D. (1992). *1492, el encubrimiento del otro: (hacia el origen del “mito de la modernidad”)*. Madrid: Nueva Utopía.
- \_\_\_\_\_. (2012). Meditaciones anticartesianas: sobre el origen del antidiscurso filisófico de la modernidad. En R. Grosfoguel y R. Almaza (eds.) *Lugares decoloniales. Espacios de Intervención en las Américas* (pp. 11-58). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Hardt, M., Negri, A. (2001). *Império*. Sao Paulo, Record.
- Escobar, E.; Medina, M. E. y Quijada, M. (2002). *De casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Ferre, P. L. (1904). *Historia general de la medicina en Chile*. Talca, Chile: Imprenta de Talca.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_. (1977). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_. (1978). *La gubernamentalidad*. Madrid: La Piqueta.

- \_\_\_\_\_ (1979). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México D. F.: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1991). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México D. F.: Siglo XXI.
- Franulic, F. J. (2007). "Deber entrar a medicarse...": *La casa, el adentro y la purificación. El Hospital San Francisco de Borja entre 1830 y 1870*. Tesis de Magíster, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.
- Guha, R. (2002). *History at the Limit of World-History*. Nueva York: Columbia University Press.
- Illanes, M. A. (2004). *El cuerpo de la política. La visitación popular como mediación social. Génesis y ensayo de políticas sociales en Chile, 1900-1940*. Tesis de Doctorado, Instituto de Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina, en E. Lande (ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano, A., Wallerstein, I. (1992). Americanity as a Concept or the Americas in the Modern World-System. *International Social Science Journal* 134, 23-40.
- Leyton, C. (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. *Frenia* VIII, 259-276.
- Mignolo, W. (2000). *Historias locales/ diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- \_\_\_\_\_ (2007). El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto. En S. Castro-Gómez y R. Grosfoguel (eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 25-46). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Millar, R., y Duhart, C. (2005). La vida en los claustros. Monjas y frailes, disciplinas y devociones. En R. Sagredo, y C. Gazmuri (eds.), *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la conquista a 1840*. Santiago de Chile: Taurus.
- MINSAL (2006). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Gobierno de Chile.
- Molina Bustos, C. A. (2007). *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989*. Tesis de Magíster, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.
- Neira, M. (1998). "... palo y bizcochuelo..." *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*. Tesis de Magíster, Instituto de Historia, Universidad Católica de Valparaíso.
- Rivero, I. (2005). *Ciencia "PSI", subjetividad y gobierno. Una aproximación genealógica a la producción de subjetividades "psi" en la modernidad*. Tesis de Doctorado, Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rose, N. (1998). *Inventing our selves. Psychology, Power, and Personhood*. Londres, Cambridge University
- \_\_\_\_\_ (2007). Terapia y poder: Techné y ethos. *Archipiélago. Cuadernos crítica de la cultura* 76, 101-124.
- Serres, M. (1991). *El contrato natural*. Valencia, Pre-Textos.
- Shapin, S., Schaffer, S. (1985). *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Princeton: Princeton University Press.

- Still, A.; Velody, I. (1992). *Rewriting the History of Madness. Studies in Foucault's "histoire de la folie"*. Londres: Routledge.
- Yáñez, J. C. (2008). *La intervención social en Chile y el nacimiento de la sociedad salarial: 1907-1932*. Santiago de Chile: RIL editores.