

La (de)colonización va por dentro: profesionales de salud mental en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas de servicios de salud mental en Chile¹

Gabriel Abarca-Brown², Cristian Montenegro³

Recibido: 17 de enero de 2023 /Aceptado: 7 de junio de 2023

Resumen. En este artículo exploramos las contradicciones y conflictos epistémicos, políticos y éticos que los profesionales de la salud mental encarnan en el trabajo tanto con migrantes haitianos como con agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas en el contexto del sistema público de salud mental en Chile, marcado por procesos de neoliberalización durante los últimos treinta años. A partir de dos etnografías, argumentamos que el trabajo con ambos grupos interpela a los profesionales de salud mental respecto del alcance de sus disciplinas y en un plano profesional-individual. Lejos de reproducir pasivamente discursos y prácticas de dominación, los profesionales encarnan contradicciones y conflictos a partir de la incompatibilidad entre disciplinas “psi”; los conocimientos y prácticas ancladas a la medicina haitiano-creole y el vudú; y los cuestionamientos radicales a diagnósticos y tratamientos desarrollados por las agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas. Los profesionales transforman y legitiman sus prácticas, interrogando y desafiando las concepciones universalistas de la identidad, la mente, el sufrimiento y el tratamiento. Enfatizamos que, más que un ejercicio intelectual, un llamado a la decolonización implica la politización de la práctica profesional en, o fuera de, los bordes de la psiquiatría y la salud mental en tanto sistema de gobierno. **Palabras clave:** decolonización; disciplinas “psi”; migración haitiana; agrupaciones de usuarios y ex-usuarios activistas; Chile.

[en] (De)colonization runs deep: Mental health professionals working with Haitian migrants and activist mental health user and ex-user groups in Chile

Abstract. We explore the epistemic, political, and ethical contradictions and conflicts that mental health practitioners embody in their work and interaction with Haitian migrants and activist service-user and ex-user groups in the public health system in Chile –marked by neoliberalization processes during the last thirty years. Based on two ethnographies, we argue that the work with both groups interrogates mental health practitioners regarding the scope of their disciplines and on a professional-individual level. Rather than passively reproducing discourses and practices of domination, practitioners embody contradictions and conflicts triggered by the incompatibility between psy-disciplines; the knowledge and practices anchored in Haitian-Creole medicine and Vodou; and the radical questioning of diagnoses and treatments developed by activist service-user and ex-user groups. Practitioners question and challenge the universalist conceptions of identity, the mind, suffering, and treatment. Rather than an intellectual exercise, we emphasize that a call for decolonization implies the politicization of professional practice in –or outside– the borders of psychiatry and mental health as a system of government.

Keywords: decolonization; psy-disciplines; Haitian migration; activist service-user and ex user groups; Chile.

Sumario. 1. Introducción. 2. El marco de acción de los profesionales de salud mental. 3. “¡Yo no aprendí esto en la universidad!”: biopsiquiatría, medicina haitiano-creole y vudú. 4. “Aquí los más locos le enseñan a los menos locos”. Estudiantes y profesionales frente al activismo de usuarios en salud mental. 5. Discusión y conclusión. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Abarca-Brown, G.; Montenegro, C. (2023). La (de)colonización va por dentro: profesionales de salud mental en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas de servicios de salud mental en Chile en *Revista de Antropología Social* 32 (2), 129-140.

¹ Este trabajo fue apoyado por el programa Becas Chile de la Agencia Nacional de Investigación (ANID Chile), la London School of Economics and Political Science, el Departamento de Salud Global y Medicina Social de King’s College London, el proyecto ERC “Decolonising Madness” y el Center for Culture and the Mind (CULTMIND) de la Universidad de Copenhague.

Los autores agradecen al Programa ANID-Becas Chile, a los coordinadores de este número especial, Ángel Martínez-Hernández y Francisco Ortega, así como a los editores y revisores de la Revista de Antropología Social por sus valiosos comentarios. Particularmente, Gabriel Abarca-Brown agradece a los participantes del proyecto de investigación, especialmente a aquellos pertenecientes a las comunidades haitiana y dominicana. Además, agradece al ERC Starting Grant Decolonising Madness (DECOLMAD 851871) y al Center for Culture and the Mind (CULTMIND) - Danish National Research Foundation (DNRF171). Por su parte, Cristian Montenegro agradece al Colectivo Autogestión Libre-Mente y al “Wellcome Centre for Cultures and Environments of Health”, Universidad de Exeter.

² University of Copenhagen / Universidad Diego Portales, ORCID: 0000-0001-5369-1616, gabriel.abarca-brown@hum.ku.dk

³ University of Exeter / Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, ORCID: 0000-0001-9291-267X, c.montenegro@exeter.ac.uk

1. Introducción

Instituciones, académicos, profesionales y activistas han llamado a reconocer los legados coloniales de las disciplinas “psi”⁴, su expansión y alcance global, así como sus impactos en individuos y comunidades, particularmente en aquellas consideradas minoritarias⁵. En su conjunto, esto ha impulsado debates en torno a las concepciones universalistas de la identidad, la mente y el sufrimiento subyacentes en muchas intervenciones actuales en salud mental (Bathia y Priya, 2021; Mills y Fernando, 2014; Fernando, 2003), promoviendo el reconocimiento y la valoración de conocimientos, tradiciones y prácticas locales de salud (Arteaga-Cruz y Cuví, 2021). En general, estas contribuciones presentan a los profesionales “psi” como representantes acríticos de sus disciplinas o como administradores de servicios e intervenciones estandarizadas, ignorando las contradicciones y conflictos epistémicos, políticos y éticos que encarnan en su trabajo cotidiano. En América Latina, específicamente, las investigaciones parecen haber seguido esta tendencia al promover una imagen de los profesionales como actores “pasivos” que reproducen –con mayor o menor crítica– posiciones epistemológicas y disciplinares eurocéntricas (Capella Palacios y Jadhav, 2020; Guzmán Martínez, 2021; Montoya Vélez, López Ríos, Cristancho Marulanda *et al.*, 2020; Sepúlveda Jara y Oyarce Pisani, 2020; Valderrama-Núñez y Zolezzi-Gorziglia, 2021).

En este artículo exploramos las contradicciones y conflictos epistémicos, políticos y éticos que los profesionales de la salud mental encarnan en el trabajo, tanto con migrantes haitianos como con agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas en el marco del sistema de salud pública en Chile. La formación del campo profesional de la salud mental ha estado marcada por una serie de reformas y programas en salud mental implementados en el contexto del Chile neoliberal de postdictadura (1989-2019), orientados a expandir la oferta de servicios, particularmente en el nivel de atención primaria. Esto, junto a la institucionalización de sistemas clasificatorios estandarizados para guiar el financiamiento del sistema, ha reforzado el uso de un modelo reduccionista que tiende a medicalizar comportamientos y respuestas a circunstancias complejas (Crespo Suárez y Machín Suárez, 2021; Cantón, 2021). Al traducir estos preceptos y marcos al trabajo cotidiano con grupos emergentes, como los antes mencionados, los profesionales experimentan una serie de contradicciones y conflictos que los llevan a interrogar su relación con los marcos disciplinares y prácticos.

Ingresamos en este campo de debate a partir de dos proyectos etnográficos. El primero fue una etnografía multi-situada (Marcus, 1985) llevada a cabo por el primer autor de este artículo [GAB] durante 14 meses en una comuna del área norte de Santiago entre 2018 y 2019.

⁴ Por disciplinas “psi” entendemos disciplinas tales como la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología.

⁵ Las referencias académicas en torno a este tema son múltiples. Para profundizar, sugerimos ver: Antic (2021); Bracken, Fernando, Alsarraf, *et al.* (2021); Castro Romero, Lorenzo Ruiz y Melluish (2020); Fanon (1963; 1967); Fernando (2003); Keller (2001); Linstrum (2016); Mills (2014); Mills y Fernando (2014); Moghnieh (2022); Rajpal (2020); Sadowsky (1999).

Esta buscó interrogar cómo nuevos discursos y prácticas relacionadas con la migración, el multiculturalismo y la salud mental se han configurado en el Chile neoliberal de postdictadura. Específicamente, se exploró el rol de las instituciones y profesionales de la salud en la implementación de “tecnologías psi” (Rose, 1996; Rose y Abi-Rached, 2013), en el impacto de estas en los pacientes, y en las formas en que los migrantes interactúan con estas tecnologías. El segundo proyecto, llevado a cabo por el segundo autor [CM], se centró, en cambio, en las actividades de organización y activismo desarrolladas por un colectivo activista integrado por usuarios de servicios y profesionales críticos de la psiquiatría en Santiago en 2015. Su objetivo fue explorar la emergencia del activismo de usuarios en el país, sus objetivos, demandas y formas de acción y su posicionamiento frente al campo “experto” de la salud mental. En conjunto, ambos proyectos permiten examinar las relaciones entre los profesionales y sus respectivos campos disciplinares –por ejemplo, grado de adscripción, pertenencia, entre otras–, al destacar aspectos críticos como los efectos del universalismo de las prácticas psiquiátricas, las dinámicas de racialización en contextos de trabajo intercultural, y las diversas formas de conceptualizar lo (a)normal y lo patológico.

Argumentamos que el trabajo y la interacción con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios de servicios interpela a los profesionales de salud mental respecto del alcance de sus disciplinas y en un plano profesional-individual. Lejos de reproducir e imponer discursos y prácticas disciplinares de forma acrítica, los profesionales encarnan una serie de contradicciones y conflictos gatillados por las fricciones emergentes entre disciplinas “psi”; los conocimientos y prácticas ancladas a la medicina haitiano-creole y el vudú; y los cuestionamientos radicales a diagnósticos y tratamientos desarrollados por las agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas. En efecto, a la vez que los profesionales interrogan y desafían concepciones universalistas relativas a la identidad, la mente y el sufrimiento, transforman y legitiman sus prácticas en estos nuevos escenarios en salud. Esto permite tomar distancia de aproximaciones tendientes a concebir a los profesionales como reproductores automáticos de dinámicas coloniales.

El artículo está organizado en cuatro secciones. En primer lugar, describiremos brevemente el marco de acción de los profesionales de salud mental en Chile, destacando el conjunto de instituciones, reformas y actores sociales involucrados. En un segundo y tercer lugar, mostraremos cómo la migración haitiana y las agrupaciones de usuarios desafían los conocimientos y prácticas de los profesionales de la salud. Por último, analizaremos estas experiencias enfatizando cómo los profesionales integran y transforman su práctica en el marco de estos nuevos desafíos.

2. El marco de acción de los profesionales de salud mental

El marco de acción que orienta el trabajo de los profesionales de salud mental es fruto de la implementación de una serie de reformas en psiquiatría y salud mental, desde la década de los 90s, en un contexto marcado tanto por un sistema público de salud empobrecido como por la

privatización de servicios de salud impulsada por las políticas de la dictadura cívico-militar en los 80s⁶. Algunos psiquiatras chilenos han descrito este proceso como una “revolución silenciosa” de los programas de salud mental en Chile (Araya, Alvarado y Minoletti, 2009). Es decir, la puesta en marcha de un conjunto de políticas, estrategias y tecnologías diseñadas para mejorar los indicadores de salud mental que anteceden el movimiento de “salud mental global” y su llamado a promover e implementar programas en países de ingresos bajos y medios (Global Mental Health Group, 2007). Esta política de salud mental ha estado marcada por su orientación hacia la reestructuración de la atención psiquiátrica, desde hospitales monovalentes de larga estadía a una red integrada en el sistema de salud y territorialmente cercana a usuarios y sus comunidades (Minoletti y Zaccaria, 2005).

El “modelo comunitario en salud mental”, heredero de las ideas de Juan Marconi y otros en la década de los 60-70s, ha guiado este esfuerzo⁷. Concretamente, la política se ha traducido en la implementación de tres planes de salud mental desde el término de la dictadura cívico-militar: en 1993, 2000 y 2017. El segundo de ellos promovió una serie de estrategias destinadas a aumentar el acceso a atención de salud mental en la población. Por ejemplo, en 2001, el Ministerio de Salud implementó el Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en la atención primaria de salud. Este programa fue el primero de su tipo en un país de ingresos medios-bajos (Araya, Alvarado y Minoletti, 2009). Por su parte, en 2004, tratando de reforzar el sistema de protección social, el Estado promulgó la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES). Esta ley garantiza el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad de la atención de 80 condiciones de salud. Entre ellas esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar y adicción a sustancias. Dos años más tarde, el Estado lanzó el programa “Chile Crece Contigo”, un plan nacional orientado a la protección biopsicosocial de la salud materno-infantil.

El diseño e implementación de estos programas ha recibido diferentes críticas. Por ejemplo, si bien los programas han llevado al aumento paulatino de profesionales de la salud mental, especialmente en atención primaria (Calderón y Rojas, 2016), algunos estudios han mostrado cómo los profesionales –especialmente psicólogos(as)– dedican la mayor parte de su tiempo a realizar intervenciones individuales en lugar de actividades grupales o comunitarias orientadas a la promoción y prevención de la salud (Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007). Asimismo, algunos estudios han revela-

do que los usuarios y sus agrupaciones han tenido baja incidencia en la dirección de la política y no han contado con herramientas que garanticen su sostenibilidad e incidencia, pese a esfuerzos específicos (Montenegro y Cornish, 2019; Montenegro y Mercado, 2020).

La formación de los profesionales que integran el campo de la salud mental ha sido moldeada por estos procesos, produciendo un crecimiento exponencial de estudiantes de pre y postgrado, la introducción de programas híbridos –técnicos, trabajo social en salud mental–, entre otros. Tras la promulgación de la Ley General de Universidades de 1981 –un año después de la imposición de una constitución impulsada– la proliferación de universidades privadas amplió la oferta de programas en psicología (Winkler, Velásquez, Rivera *et al.*, 2016). Por ejemplo, antes de 1980, los programas de psicología no superaban los cinco en todo el país. Sin embargo, en 2008 40 universidades impartían 87 programas de psicología. Más aún, casi un 55% de estas universidades ofrecía algún tipo de maestría en el área (Urzúa, 2008)

La política de salud mental y la expansión del acceso a la atención han obligado tanto a las instituciones educativas como a los profesionales a adaptar sus conocimientos y prácticas a las necesidades y formas de operar de la red pública de salud. Mientras tanto, la creciente diversidad de la población y la emergencia de grupos cultural o ideológicamente incompatibles y/o resistentes a las prácticas “psi” desafía tanto el marco de conocimientos disciplinares como el modelo de atención. En las siguientes secciones, basadas en dos estudios de caso, exploramos las fricciones, conflictos y desafíos generados en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios militantes.

3. “¡Yo no aprendí esto en la universidad!”: biopsiquiatría, medicina haitiano-creole y vudú

Los profesionales de los centros de salud del área norte de Santiago han enfrentado una serie de desafíos ante la llegada de migrantes haitianos durante la última década, especialmente en salud mental y salud sexual y reproductiva (Abarca-Brown 2018, 2022, 2023). Daniela, una de las psicólogas clínicas del Centro de Salud Familiar [CESFAM], constantemente aludía a la “falta de competencias culturales” de los profesionales en el trabajo clínico y comunitario. Ella criticaba que, en un contexto marcado por la escasez de recursos y el predominio de un “enfoque biomédico”, el “trabajo intercultural” se volvía “casi imposible”. En espacios de trabajo clínico o en instancias informales, como almuerzos y conversaciones de pasillo, Daniela solía poner en duda el éxito de sus intervenciones. En una reunión clínica, específicamente, Daniela preguntó a sus compañeros de trabajo: “¿ustedes creen que los pacientes haitianos vendrán al programa de salud mental por voluntad propia?”, “¿sirve realmente de algo lo que hacemos en el box con los pacientes haitianos?”. Más ampliamente, Daniela insistía diciendo que sus preocupaciones no se limitaban al “trabajo intercultural” en sí, sino que también a los fundamentos del trabajo psicoterapéutico y las concepciones de “aparato psíquico”, “trastorno” y “salud mental”. En el marco de una entrevista, ella indicó:

⁶ Chile tiene un sistema de salud predominantemente privatizado con dos tipos principales de administración: el sistema público conocido como FONASA (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado llamado ISAPRE. Aproximadamente el 78% de la población está cubierta por FONASA, mientras que alrededor del 14% está afiliado a ISAPRE. El resto de la población pertenece a un sistema de salud independiente que atiende a las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Cabe señalar que estos sistemas de salud se establecieron durante la dictadura cívico-militar (1973-1989).

⁷ Aquí consideramos también la experiencia comunitaria de Martín Cordero y su equipo en Temuco y de “salud mental poblacional” de Luis Weinstein en Santiago.

Llega una paciente aquí al CESFAM y te cuenta un poco preocupada que un hombre haitiano que ella conoce estuvo el sábado casi desnudo cantando en la calle (...) peleando con espíritus y gritando (...). Después te cuenta que ella supo que uno de los familiares de este hombre lo llevó a la iglesia evangélica de aquí al lado [del CESFAM] y que los pastores lo ayudaron a dejar de ver a los espíritus y que ahora está bien (...). Si una paciente me está contando eso, yo, por mi formación, pienso inmediatamente que eso es un episodio psicótico (...) que hay que llevar a ese hombre a urgencias (...). Pero después el facilitador [cultural] me dice que, quizás, ese hombre es practicante o creyente del vudú y que sólo fue un trance y que realmente no son alucinaciones (...). Ya han llegado casos así al hospital (...) a veces son los carabineros quienes los llevan porque los vecinos llaman (...). Los psiquiatras sinceramente no saben qué hacer (...). La pregunta es porqué las alucinaciones se tramitan en la iglesia con los pastores y porqué a veces son tan breves, no como en los brotes psicóticos clásicos que conocemos.

Tanto en el CESFAM como en otros centros especializados de la red de salud –por ejemplo, Centros Comunitarios de Salud Mental y Hospital Psiquiátrico–, los profesionales comenzaron paulatinamente a interrogar sus cuerpos disciplinares a partir de variados desencuentros con conocimientos, prácticas, valores y agentes pertenecientes a la medicina haitiano-creole, así como a religiones como el catolicismo, el protestantismo y el vudú. El vudú, especialmente, parecía socavar en mayor medida sus respectivas disciplinas. Esto se debía en parte a que el vudú –tal como mostraremos en las siguientes páginas– no es sólo una religión, sino también un complejo y dinámico sistema de salud que moldea concepciones específicas respecto a la salud y enfermedad, las causas de las aficciones psíquicas, las formas de búsqueda de ayuda psicológica, y el rol de los agentes de salud, entre otros (WHO, 2010; Vonarx, 2012). Dichos desencuentros llevaron a los profesionales a desafiar los basamentos ontológicos, epistémicos y éticos de sus prácticas, al interrogar categorías diagnósticas propias de la biopsiquiatría, las intervenciones clínicas y comunitarias, y la noción de salud mental.

Psicólogos(as) y trabajadores(as) sociales, particularmente, se enfrentaban a experiencias clínicas que escapaban a sus marcos comprensivos respecto de las causas, manifestaciones y tratamiento de las aficciones. Era común escucharlos discutir sobre “casos extremos” o “casos paradigmáticos” en los que no encontraban ni explicaciones ni soluciones coherentes. En diversos espacios, solían compartir contenidos referidos por los pacientes haitianos durante las intervenciones: dolores asociados a fluidos corporales, inquietudes en apariencia descontextualizadas, maldiciones, ancestros, espíritus, zombies, entre otros. A pesar de la variabilidad de contenidos, sus explicaciones descansaban bajo la sombra de un significativo común: “diferencias culturales”. Si bien este significativo permitía dar cuenta de la experiencia

de inconmensurabilidad en el encuentro clínico y comunitario, al mismo tiempo establecía un límite respecto a potenciales explicaciones en torno a las aficciones. En efecto, algunos profesionales tendían a configurar una aproximación culturalista a través de la cual explicaban las aficciones por medio de aspectos “culturales” por sobre otros –por ejemplo, de clase, raciales, de género, materiales, etc.

Desde fines de 2017, a modo de respuesta a la demanda de los profesionales, el Departamento de Salud de la comuna comenzó a organizar una serie de “jornadas de capacitación” sobre medicina haitiano-creole y, particularmente, vudú⁸. La medicina haitiano-creole es un conjunto de conocimientos, prácticas y valores relativos a la salud y enfermedad en el que convergen prácticas provenientes de la biomedicina, medicina herbaria y el vudú, entre otras (Damus y Vonarx, 2019)⁹. Este último, como mencioné anteriormente, además de ser una religión es un sistema de salud que interactúa con la biomedicina, así como con otras religiones (Damus y Vonarx, 2019; WHO, 2010). Antes de ser declarada religión afroamericana, el vudú fue concebido como un conjunto de supersticiones catalogadas como prácticas “escandalosas” (Hurbon, 2001; Ramsey, 2011). Sin embargo, los debates académicos han dejado de lado las connotaciones “malignas” del vudú para posicionarlo como una pieza central tanto en el origen como la vida cotidiana del pueblo haitiano (Byron, 2014; Price-Mars, 1990 [1928]). El vudú, en tanto cosmovisión, sitúa al sujeto dentro de un universo compuesto por antepasados, espíritus y el mundo natural (*Iwa*) (Vonarx, 2012). Por lo mismo, tanto las concepciones de “persona” [*personhood*], “salud” y “enfermedad”, así como la clasificación de estas, están compuestas por categorías naturales y sobrenaturales.

Las jornadas de capacitación sobre la “cultura haitiana” gatillaron diversas posiciones reflexivas en los profesionales. Algunos de ellos mostraban gran entusiasmo respecto de estas iniciativas. Sin embargo, paralelamente, algunas como Daniela y María –así como otros/as profesionales de la denominada “área social”– cuestionaban su alcance y efectividad. Daniela indicaba:

Hace muy poco que sabemos de la importancia del vudú en los haitianos, antes no teníamos idea (...) ahora entendemos un poco más el porqué de las alu-

⁸ Un complejo sistema de religiones toma forma en la sociedad haitiana. El catolicismo, el protestantismo y el vudú predominan en el país, interactuando a nivel de sus prácticas y símbolos. Algunos investigadores han argumentado que dicha interacción genera sentimientos de unidad, realización y reconocimiento en la comunidad haitiana (Rey y Stepick, 2013). En este escenario, el vudú no es sólo una religión a la que los sujetos pueden o no adscribirse, sino que forma parte de los cimientos de la cosmovisión de la sociedad haitiana (Hurbon, 1999). Debido a que el vudú haitiano es una religión que combina las tradiciones de África occidental y el catolicismo, la población católica haitiana tiende a ser más receptiva al vudú que la población haitiana protestante (Hurbon, 2001). Sin embargo, incluso entre los protestantes haitianos que rechazan o demonizan al vudú, no hay duda de que el vudú “es real” (Rey y Stepick, 2013).

⁹ Se estima que alrededor del 50% de la población tiene acceso a atención en salud en Haití. Para algunos investigadores, el bajo nivel del acceso a servicios de salud explicaría en parte la legitimación de la medicina haitiano-creole y el vudú en Haití.

cinaciones o los trances...o de las creencias y rituales que ven las matronas del Chile Crece¹⁰ (...) pero es muy poco, y esto [capacitaciones] tiene que llegar a todos los equipos.

En sus conversaciones, paralelamente, aludían a que, si bien las jornadas de capacitación permitían a los profesionales adquirir nuevos conocimientos, su formación previa y las condiciones de trabajo los llevaba a “hacer siempre lo mismo”. En una ocasión en la que almorzamos junto con María en el CESFAM, Daniela señaló:

Yo en la universidad aprendí a hacer psicoterapia, a conducir procesos terapéuticos (...) pero acá vemos 12 o 14 pacientes diarios, tienes 30 minutos para atender a un paciente y llenar la ficha [clínica] (...) con un paciente haitiano la sesión se pasa volando porque el facilitador tiene que traducir (...). A mí me encanta mi pega [trabajo], me encantaría trabajar bien de manera intercultural (...) o tener reuniones clínicas para hablar todo lo que trae consigo tener a cargo a un paciente haitiano y su familia, pero sinceramente el cuero no da [referencia a cansancio] (...) quieres ser crítico, intercultural y bla bla, pero terminas siendo el más biomédico de los biomédicos [riendo].

Por su parte, paralelamente, María apuntaba a las condiciones laborales como uno de los principales obstáculos para “el trabajo intercultural” con migrantes. No obstante, en tanto coordinadora del programa de salud mental, su posición revelaba cierta paradoja entre, por un lado, la obligación de “cumplir con las metas sanitarias”¹¹ e “introducir nuevas herramientas interculturales” provistas por las capacitaciones, y por otro, el cansancio que traía consigo las exigencias del trabajo cotidiano en atención primaria.

Las referencias de Daniela y María a la formación académica previa en psicología, a las metas sanitarias de los programas de salud, así como al quehacer disciplinar y sus aspectos éticos daban cuenta de una manera particular de “hacer salud mental”, como denominaban algunos profesionales. Esta manera de “hacer...” encontraba sus cimientos en tradiciones de salud pública, psiquiatría y salud mental comunitaria desarrolladas en el contexto de gobiernos reformistas de los 60s y 70s, introducción de la biopsiquiatría durante la dictadura cívico-militar, y la implementación de políticas y planes de salud mental comunitarios en un contexto postdictatorial marcado por procesos sociales amplios de modernización y liberalización económica. Tanto Daniela como María se habían formado como psicólogas durante la década de los 90s y 2000s, por lo que su práctica se encontraba enmarcada en un sistema público de salud empobrecido como consecuencia de la dictadura cívico-militar (Llambías

Wolff, 2022), y, al mismo tiempo, desafiado por la introducción de una serie de reformas, planes y programas en salud mental.

En esta manera de “hacer salud mental”, los cimientos epistémicos de la psiquiatría y la neurología han jugado un rol clave en las prácticas de traducción de las aflicciones de los haitianos. En el CESFAM, así como en otros centros de salud de la comuna, las intervenciones de los profesionales tendían a traducir las aflicciones a un lenguaje “psi”. La comunicación con antepasados, la interpretación de mensajes de espíritus en los sueños, la rigidez corporal producto de una posesión —muchas veces consideradas por pacientes, familiares y facilitadores culturales como “normales”— eran frecuentemente traducidas a un lenguaje psiquiátrico en el que asumían la forma de “episodios psicóticos”, “alucinaciones”, y “catatonia”, entre otros.

Uno de los casos considerados “paradigmático” por los profesionales del CESFAM da cuenta de este proceso de traducción. Se trataba de una mujer haitiana que, junto a su marido, referían “ver a un hombre” que los seguía desde hacía algunos días. Un médico de familia que atendía a la mujer en un control de rutina alertó a la psicóloga del centro de las visiones de la pareja. La mujer, junto con su pareja, señaló a la psicóloga que tal hombre era más bien un espíritu que respondía a una maldición provocada por un miembro de la comunidad haitiana. Este hombre quería cobrar venganza, dado que la pareja no lo habría ayudado a encontrar trabajo a su llegada a Chile. En el marco de una entrevista, la psicóloga indicó que las “alucinaciones” de la pareja debían ser entendidas como parte de una “psicosis lúcida” o de un “brote psicótico”. Ella sostuvo: “para mí era extraño porque era una pareja con una mente organizada, y los dos veían al mismo hombre (...) pero claro, por otro lado, no puedo dejar de pensar que es una psicosis”.

Este mecanismo de traducción permitía a los profesionales inscribir las aflicciones dentro de los marcos de la biopsiquiatría a través de la omisión o descuido de aspectos étnicos y contextuales involucrados en las trayectorias de salud/enfermedad de las comunidades migrantes¹². No obstante, simultáneamente, esta manera de comprender e intervenir provocaba en ellos contradicciones y conflictos respecto a sus prácticas. Respecto al mismo caso clínico, la psicóloga refirió:

No sé por qué hice esto y sé que en algún punto está mal (...) yo sabía de ciertas sanaciones en la Santería y en el Candomblé en Brasil, y sabía que a veces le decían a la gente que prendiera una vela en sus casas (...) yo le dije a la pareja que prendieran una vela y que le dijeran al hombre que siguiera la luz (...) y finalmente eso hizo que se acabaran las alucinaciones, pasaron alrededor de tres días y ellos dejaron de ver a este supuesto hombre.

Para la psicóloga, su intervención implicaba problemas tanto “técnicos” como “éticos” que la llevaban a interrogar la relación con su campo disciplinar y experti-

¹⁰ El Chile Crece Contigo es un programa de protección integral de la infancia.

¹¹ La ley 19.813 estableció un sistema de evaluación llamado Metas Sanitarias a través del cual los centros de atención primaria son evaluados anualmente. A partir del desempeño colectivo de los centros se establecen estímulos monetarios para los/as funcionarios/as.

¹² En otro trabajo se ha llamado a este mecanismo como “des-sustancialización cultural” (Abarca-Brown, 2022).

cia. Ella agregó: “¡yo no aprendí esto en la universidad!, sólo me nació intervenir así en el minuto y funcionó (...). Me dije ¿qué podría salir mal? (...). Pero claramente esto pasa porque no tenemos las herramientas para intervenir con los pacientes haitianos”.

Asimismo, algunas jornadas de capacitación parecían fortalecer estas contradicciones y conflictos. Esto ocurría principalmente cuando los profesionales se sentían juzgados por funcionarios del Departamento de Salud de la comuna o por expertos externos (por ej. académicos, investigadores y miembros de ONGs). Específicamente, Daniela y María, al igual que otros profesionales, rechazaban la manera en que algunos funcionarios y expertos denunciaban el rol de los profesionales en dinámicas racistas en el interior de los centros de salud. En el contexto de una entrevista, María indicó:

Está bien que nos capacitemos en racismo (...) pero a veces es mucho y parece el único tema (...) No puedes hacer nada sin que pueda ser eventualmente considerado racista (...) Si atiendes a un paciente 20 minutos tarde porque tienes la agenda llena y andas corriendo y no tomas en cuenta a los pacientes que están en la sala de espera, antes podía ser visto como una desatención o quizás un maltrato (...). Pero ahora, si el paciente es afrodescendiente, la misma conducta es vista como racismo (...). Yo creo que eso está mal (...). Yo creo que aquí la gran mayoría de los profesionales tienen buena voluntad y quieren hacer lo mejor (...). Lo mismo ocurre cuando estás preocupada por el aspecto de un paciente, por su higiene (...). Por ejemplo, alguien que está deprimida (...). Entonces le indicas que es bueno cumplir con cuestiones cotidianas (...) como levantarse, bañarse, etc. (...) Y después te encuentras que viene alguien en alguna capacitación y dice que podrías estar racializando al paciente porque lo dejas en el lugar de alguien que no se baña, de alguien sucio (...) Eso es una indicación terapéutica que uno se la hace a un chileno o a alguien de cualquier otro lugar.

Las jornadas de capacitación llevaron a los profesionales a delinear al menos tres posiciones –no necesariamente excluyentes entre sí– respecto al trabajo con migrantes haitianos. Un grupo reducido de ellos reproducía prácticas apegadas a los protocolos y guías clínicas en salud mental. Esto los llevaba a comprender manifestaciones clínicas de los pacientes haitianos dentro del marco de las neurociencias y la epigenética imperante en la biopsiquiatría en Chile. Para ellos, los “diagnósticos psiquiátricos” podían variar en su expresión sintomática según “la cultura”, pero existiría “una amplia evidencia” sobre la existencia universal de los trastornos. A su juicio, “los profesionales del área social” debían mejorar el “ojo clínico” con los pacientes haitianos. Otros profesionales, en cambio, reconocían el “valor de la cultura” y promovían el desarrollo y la adquisición de “competencias culturales” para el trabajo con la comunidad haitiana. Algunos de ellos, a la vez, buscaban espacios de formación fuera de la red de salud con el objetivo de saber más sobre medicina haitiano-creole y vudú, y aprender Creole. Generalmente, estos profesionales tendían a uti-

lizar comprensiones culturalistas a la hora de analizar las trayectorias de salud de los pacientes haitianos. Otro grupo, que se caracterizaba por tener mayor experiencia en el sistema de salud –al menos diez años– y/o por tener cierta afinidad con las ciencias sociales de influencia marxista y las humanidades, abogaba por una aproximación “más compleja de las competencias culturales”¹³. Estos planteaban que esta aproximación tendía a esencializar a las comunidades migrantes. Ellos argumentaban que era necesario una aproximación que integrara dimensiones sociopolíticas (clase y género), morales y materiales. GAB ha llamado a este proceso “comprensión estructural de la categoría cultura” (Abarca-Brown, 2021). Es decir, la práctica de interrogar la tendencia a esencializar “prácticas” o “rasgos culturales” de una comunidad específica y, paralelamente, de comprender las trayectorias de salud y enfermedad a partir de aspectos estructurales, particularmente de clase –por ejemplo, pobreza, estratificación social y desigualdad socioeconómica¹⁴. Tal como señaló una de las trabajadoras sociales del CESFAM en el marco de una entrevista:

No podemos pensar que una persona enferma de tal manera u otra porque es haitiano o de otra nacionalidad (...) muchos de los problemas de salud mental que vemos aquí se deben a que son personas pobres, o porque son mujeres que sufren violencia de sus parejas (...) no por ser haitianos o por tener un determinado color de piel.

Como hemos mostrado hasta aquí, los profesionales, en su trabajo con migrantes haitianos, encarnaban una serie de cuestionamientos respecto al alcance de sus intervenciones. Más aún, estos cuestionamientos no se limitaban a la eficacia concreta de su práctica, sino que también apuntaban a los basamentos ontológicos y epistemológicos de las disciplinas “psi”. Si bien las jornadas de capacitación permitieron que los profesionales se involucraran en procesos reflexivos respecto a su práctica, al mismo tiempo abrieron nuevas interrogantes sobre rol de los componentes culturales y estructurales en los enfoques de trabajo con comunidades migrantes, así como

¹³ Usualmente, estos profesionales destacaban cierta afinidad entre sus ideales de intervención y formas particulares de trabajo en salud pública, especialmente la salud comunitaria, y el trabajo con comunidades indígenas. Del mismo modo, hacían constantes referencias y valoraban aproximaciones interseccionales a los problemas de salud. Valoraban particularmente “trabajo comunitario” o “trabajo en terreno” que se realizaba en atención primaria (por ejemplo, intervenciones como visitas domiciliarias, ferias comunitarias, trabajo en red con diversas organizaciones sociales, entre otras).

¹⁴ Si bien la comprensión estructural de la categoría cultura podría hacer referencia al debate actual entre competencias culturales y competencias estructurales en contextos interculturales en salud pública, el Departamento de Salud de la comuna no había realizado, al menos hasta inicios del año 2020, ninguna jornada de capacitación en competencias estructurales. Más allá de la relación de los profesionales a estas jornadas, la práctica de interrogar y abogar por una aproximación “más compleja” de las competencias culturales –como algunos profesionales lo llamaban– encuentra sus raíces en la psiquiatría comunitaria chilena y latinoamericana de los 60s y 70s, así como en la incorporación de una agenda de género desde los 90s. Esto ha llevado a los diversos actores en salud a concebir la Otridad en términos de “clase” (pobreza, desigualdad) y género, más que en términos étnicos/culturales.

también en torno al racismo en el campo de la salud. De este modo, el cuestionamiento de los profesionales no se redujo a la pertinencia y eficacia de las intervenciones “psi”, sino que también dio lugar a una reflexión crítica respecto a las formas a través de las cuales las instituciones, las políticas y los equipos de salud llevan a cabo procesos de reconocimiento de la Otridad.

4. “Aquí los más locos le enseñan a los menos locos”. Estudiantes y profesionales “psi” frente al activismo de usuarios en salud mental.

Entre julio y septiembre de 2015, y en el contexto de un proyecto más amplio sobre las formas emergentes de acción colectiva de los usuarios de servicios de salud mental en Chile, CM trabajó con Agrupación Libre Mente (ALM), un colectivo de usuarios, exusuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, en el que, además, participaban profesionales y trabajadores de salud mental. Entró en contacto con el grupo a través de Ramón, un sobreviviente y activista de derechos a quien había conocido en un proyecto previo.

ALM fue el resultado de la transformación de un grupo anterior compuesto por estudiantes de psicología y otras carreras de las ciencias sociales, interesados en el desarrollo de perspectivas críticas en salud mental en Chile, al margen de los espacios de formación oficiales. Pese a tener una opción explícita por el activismo “en primera persona”, el grupo incluía la participación de miembros no-usuarios, involucrando a estudiantes, profesionales y trabajadores de salud mental considerados como “aliados” en la lucha. Algunos de ellos trabajaban en servicios de salud mental del sistema público.

Los usuarios y sobrevivientes compartían historias de negligencia y abuso de parte de profesionales y servicios de salud mental, y buscaban denunciar esos abusos y romper con el paternalismo iatrogénico de los servicios tradicionales (Moncrieff, 2014). Sus puntos de vista sobre la psiquiatría, sin embargo, eran diversos, sin principios pre-acordados. El único principio era la participación abierta a cualquier interesada/o y el interés por escuchar diferentes historias y experiencias.

La diversidad de los participantes generaba un ambiente deliberativo y reflexivo que forzaba una reelaboración de principios y posiciones, revelando tensiones, especialmente entre usuarios, exusuarios y sobrevivientes, por un lado, y estudiantes y profesionales de salud mental, por el otro. Si la jerarquía convencional pone a los profesionales como prestadores autorizados y los usuarios como personas que necesitan un servicio, en las reuniones de ALM estas posiciones se invertían. Estudiantes, profesionales y trabajadores de salud mental tenían un espacio en cuanto “aliados” en la lucha de los locos. Su rol estaba supeditado a la visión e intereses de los usuarios, exusuarios y sobrevivientes.

ALM se reunía los lunes en una sala de una pequeña librería anarquista, cerca de la Alameda, en Santiago-Centro. En una reunión, dos estudiantes de psicología llegaron con una serie de preguntas sobre el grupo. Su tarea era investigar una “minoría activa”, para un trabajo

de psicología social. Se acordó en la misma reunión que ALM respondería sus preguntas por correo electrónico para que la reunión se enfocara en otros temas, como la organización de la primera Marcha del Orgullo Loco en Chile. En ese contexto se inició el siguiente diálogo:

Estudiante: Lo que dicen sobre la marcha es muy interesante, y veo que todos tienen ideas diferentes. ¿Existen algunos objetivos compartidos del grupo?

Valeria [psicóloga e integrante original del grupo]: ¿Quieres saber cómo llegamos a consenso?

Raúl [psicólogo e integrante original del grupo]: Nos conocemos desde hace mucho tiempo y poco a poco hemos desarrollado ciertas ideas juntos.

Estudiante: Yo entiendo que las reuniones son importantes y que ustedes se conocen y todo eso, pero ¿de dónde vienen sus ideas? ¿las sacaron de algún autor o autores?

Raúl: Mira, aquí los más locos le enseñan a los menos locos, eso es todo.

Insistiendo con su cuestionario, las estudiantes dirigieron sus preguntas a Raúl, psicólogo y aliado, y Ramón, exusuario, quien hizo un esfuerzo por no aparecer como representante del grupo. En sus preguntas se asumía la existencia de objetivos predefinidos y de algún tipo de jerarquía o representación en el grupo. Las evasivas de Ramón buscaban defender un grado de opacidad.

Cuando, momentos después, las estudiantes se mostraron interesadas en participar en la Marcha, Claudio, exusuario, respondió, en parte en broma: “pero en la Marcha sólo se aceptan participantes, no observadores”. Valeria preguntó a las estudiantes si les interesaba el grupo por la tarea que tenían que hacer, o si tenían algún tipo de “conexión personal con la locura”. Las estudiantes respondieron diciendo que su formación académica era muy “crítica”, a lo que Valeria contestó: “en cualquier caso, deberían involucrarse con el grupo más allá de lo que les pide la universidad... así podrían convertirse en buenos psicólogos en el futuro”. Las estudiantes dejaron de insistir con sus preguntas.

En sus respuestas el grupo interrogó la legitimidad del requerimiento “académico” y la posición del observador curioso, invitando a las futuras psicólogas a involucrarse con el colectivo –y con la “locura”– de manera directa, es decir, no instrumental. Sin tener criterios de inclusión/exclusión explícitos, una conexión íntima con la locura como experiencia vivida (Faulkner, 2017) aparece como marca básica de pertenencia. Ser profesional y tener formación disciplinaria en el campo “psi”. aparecía en muchas ocasiones como una desventaja dentro del grupo (Rose, 2003), algo frente a lo cual era necesario tener una posición “crítica”.

Durante mi quinta reunión con el grupo, varios miembros profesionales mencionaron el desarrollo paralelo de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental en Chile. El plan consideró un proceso de consulta a nivel nacional, consistente en un formulario de “feedback” distribuido

entre todos los niveles de atención del sistema público de salud mental. Este proceso de retroalimentación no garantizaba la incorporación de opiniones ni ofrecía una metodología explícita. El ejercicio fue abierto a organizaciones de la sociedad civil.

En ALM las reflexiones sobre esta consulta resurgieron en varias reuniones. Los profesionales fueron los primeros en abrir el tema, ya que habían participado en la consulta en sus espacios institucionales. Elisa, una usuaria muy activa en su centro de salud, también conocía este ejercicio de retroalimentación y apoyaba la opción de que ALM participara. Ramón tenía una opinión diferente:

Personalmente, no quiero participar en lo que quiera hacer el departamento de salud mental. O sea, porque ese plan ya está decidido. Es el mismo viejo enfoque, cuatro o cinco psiquiatras, que ya monopolizan todas las decisiones, hacen un trato. Lo único que quieren es dinero para más medicamentos y tratamientos, eso lo disfrazan con el discurso de los derechos y la participación de los usuarios... En el grupo que toma las decisiones reales no hay usuarios, pero quieren validar su plan para que algunos usuarios compartan sus puntos de vista.

Ante la insistencia de Elisa, Ramón expresó una preocupación más profunda:

¿Quién hizo el primer borrador? ¿Por qué ellos? ¿Por qué se supone que saben más? (...) ellos eligen lo que se supone que vamos a discutir, ‘discutan esto y esto otro’, ellos eligen las preocupaciones, los problemas, los vacíos, etc. Eligen los temas y las palabras. Ellos eligen quién está invitado a dar comentarios sobre el borrador. Ellos eligen qué incluir a partir de los comentarios, escriben el plan final y más encima ¡se llevan el crédito por ser inclusivos y participativos!

Para Claudio, el problema era que, al aceptar la invitación, se perdía la oportunidad de desarrollar un trabajo propio, autónomo, y se seguía un camino reactivo que dependía de las invitaciones del sistema. Incluso enfrentar al “sistema” implicaba desviar la energía fuera del trabajo interno del grupo.

La conversación se movió desde el plan al sistema de salud mental, sus representantes, instituciones e intereses. Para algunos profesionales, la participación de ALM era necesaria justamente para corregir el déficit de participación del ejercicio. “Deberíamos al menos definir qué esperamos del sistema de salud mental, como sería un sistema de salud mental ideal para nosotras”, insistía Valeria, joven psicóloga y activa participante de ALM. Según ella, el grupo necesitaba salir de sí mismo para tratar de influir en los servicios y en el sistema de salud mental. Según su metáfora, estaba bien levantar los bolos cada vez que la pelota los derribaba (refiriéndose al espíritu de ayuda mutua), pero eventualmente todo el juego —es decir, el sistema de salud mental— debía transformarse. Ramón respondió a esta inquietud:

En lugar de pensar en trabajar con las instituciones, nuestro plan es empoderarnos, ser agentes de cambio, porque el sistema está orientado a reproducirse y solo funciona para sus propios intereses (...) Entonces el cambio tiene que ver con nosotros mismos, con nosotros como ciudadanos, empoderando a otras personas (...) Ese es nuestro plan de salud mental, eso es lo que necesitamos construir. Se preocupan por presupuestos y medicamentos, y a eso le llaman ‘derechos humanos’, y “participación” porque tienen que hacerlo, pero esos son solo nombres.

En buena medida, los trabajadores que participaban en ALM lo hacían para aprender del activismo y de la autogestión, y así transformar su propia práctica “al otro lado”, en el sistema. Ocupaban un lugar de “aprendiz” de la acción autogestionada de los usuarios. Pero al estar situados simultáneamente en dos esferas de acción y validez, expresaban también un sentido de impaciencia frente a las reuniones y actividades de ALM. Impaciencia ante la falta de incidencia, entendida como la forma en que ALM podía presionar y empujar transformaciones en la política de salud mental, fuera de las reuniones.

Así, el proceso de autoafirmación individual y colectiva desarrollado y experimentado por los usuarios y exusuarios era interpretado por los profesionales como vacilación innecesaria, especialmente frente a la “oportunidad” proveniente desde el sistema. Pero para los usuarios negarse a participar era una forma de recortar un espacio propio, una forma de pertenecer a un “afuera” del sistema.

Durante mis últimas semanas trabajando con ALM la principal actividad era la organización de la Marcha del Orgullo Loco. La planificación y preparación de la marcha requirió muchas actividades y decisiones, definidas y discutidas en las reuniones de los lunes y otras sesiones extraordinarias. La naturaleza de la marcha requería exposición y contacto con otros grupos, situando a ALM frente a activistas, profesionales, estudiantes, medios de comunicación y público en general. La integridad de su mensaje y la imagen del grupo estaba en juego.

¿Estamos locos? ¿Estamos orgullosos de estar locos? ¿Tiene sentido usar una palabra que ofende a otras personas? Para un usuario de otra organización, celebrar la “locura” era cómo perder la pelea contra el estigma [Cesar, 27 años, Radio Diferencia]. Incluso en ALM el tema no estaba resuelto. Algunos hablaban de “resignificar” la locura, recuperando otras valoraciones: “Radicalmente original”, “extraordinario”, “impredecible”. “La locura es La-Cura” rezaba una celebrada consigna propuesta en una reunión.

Julia, usuaria de ALM, apuntaba a otra función para la palabra: “Lo de ‘loco’ tiene que ver con quién te llama así. Una cosa es que los demás te llamen loco y otra si lo haces tú mismo y lo haces con orgullo”. Más allá de la semántica, la palabra delinea una comunidad nueva, la comunidad de los que pueden llamarse “locos”, a sí mismos y entre sí. No eran “personas con problemas de salud mental”. Tampoco “representantes de organizaciones de usuarios” convocados por un requisito exterior.

El campo profesional de la salud mental evita y rechaza la palabra “loco”, como resabio de un vocabulario pre-científico, cargado de ignorancia y prejuicios. Hasta cierto punto, la comunidad profesional y científica está definida por la evitación del término “loco” y su permanente reemplazo por otros nuevos como “afección mental”, “sufrimiento psíquico”, “condición psiquiátrica”, “discapacidad psicosocial”, etc. Algunos usuarios de ALM y otras agrupaciones de usuarios compartían esta inquietud. Incluso surgió la idea de hacer una encuesta para saber cuántos usuarios y ex-usuarios se sentían representados con la palabra loco, y estarían dispuestos a ir a una “Marcha del Orgullo Loco”.

Pero para Ramón y otros, precisamente por la incomodidad que generaba entre los profesionales y expertos, abrazar la “locura” tenía el potencial de crear el tipo de alianzas y solidaridades que querían crear, proyectando y protegiendo su diferencia dentro la ecología de intereses convocados por la Marcha, creando un “afuera” de las pautas de legibilidad del campo de la salud mental.

Esta “ética de la inconmensurabilidad” (Montenegro, 2018b), fuerza fundamental en la producción del activismo “loco” implica, interroga e interpela a los profesionales aliados o simpatizantes. Además de un cuestionamiento radical a las disciplinas “psi” y su rol en la marginación y silenciamiento de la locura, la interrogación apunta al compromiso, motivos e intereses de los participantes. Pese a optar por estar fuera de los llamados y convocatorias del sistema de salud mental, la conciencia creciente de la existencia de grupos como ALM intensifica y ofrece un espacio de desarrollo a los conflictos epistémicos, políticos y éticos que los profesionales de la salud mental encarnan.

5. Discusión y conclusión

En este artículo, hemos explorado las contradicciones y conflictos epistémicos, políticos y éticos que los profesionales de salud mental enfrentan y resuelven en su trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas. Lejos de actuar como reproductores pasivos, el trabajo etnográfico los muestra como agentes flexibles, reflexivos y epistémicamente abiertos, capaces de transformar y adaptar creativamente su práctica. Desde esta perspectiva, hemos argumentado que el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas interpela a los profesionales de salud mental respecto del alcance de sus disciplinas y en un plano profesional-individual.

La precariedad del sistema público de salud y el desarrollo de una racionalidad económica liberal han fomentado intervenciones costo-efectivas ancladas en el cognitivismo, las neurociencias y la epigenética (Cuthbertson 2015; Abarca-Brown, 2022). A pesar de los esfuerzos establecidos por la política de salud mental centrados en la “recuperación personal” y la “pertinencia cultural”, estas intervenciones comprenden las afecciones psíquicas a partir de clasificaciones diagnósticas universalistas (DSM-V y CIE-10), con una tendencia a la sobreutilización de psicofármacos como forma de intervención en atención primaria. Como hemos demos-

trado, los (des)encuentros entre profesionales y grupos como la comunidad haitiana y las agrupaciones de usuarios desafían este marco de acción.

Los profesionales han desarrollado, en su trabajo con la comunidad haitiana, una serie de posiciones reflexivas durante los últimos años. La realización de capacitaciones en migración y competencias para el trabajo intercultural les han permitido interrogar y adaptar creativamente –con mayor o menor dificultad– su práctica al nuevo escenario multicultural. Este proceso de cambio responde no sólo a la incorporación de nuevos discursos, prácticas y valores sobre migración y multiculturalismo, sino que también a una larga tradición de trabajo orientado hacia la comunidad, el cual encuentra sus raíces en la psiquiatría comunitaria de los 60-70s en Chile. Más que adoptar “competencias” en el trabajo intercultural en salud pública¹⁵, los profesionales desarrollaban “desde abajo” formas de trabajo transmitidas en su formación a través de, por ejemplo, “prácticas profesionales”, “supervisiones”, “residencias”, “pasantías”, entre otras. De esta forma, la relación entre profesionales y comunidad haitiana no sólo revela un cuestionamiento de los profesionales a los conocimientos y prácticas “psi”, sino que también, más ampliamente, a la categoría de “cultura” en sí y a cómo comprenden “lo social” en salud mental (Adams, Béhague, Caduff, *et al.* 2019).

La interacción con la comunidad de usuarios y exusuarios activistas opera sobre premisas diferentes. Los profesionales que llegan a participar de estos espacios lo hacen voluntariamente. Son ellos quienes salen del marco institucional para entender e involucrarse con el activismo. Existe una predisposición crítica, nacida muchas veces de una desilusión con los límites de su formación y con el rol que las disciplinas “psi” han jugado en el contexto de las reformas en salud mental. Hay una apertura proactiva a la voz de quienes han sufrido las consecuencias negativas de diagnósticos y tratamientos.

La centralidad y primacía de la “experiencia vivida” por sobre otras formas de acceso a la realidad del malestar, estructura la relación entre activistas “expertos por experiencia” y profesionales “expertos por formación”. “Aquí los más locos le enseñan a los menos locos”. Esto pone a profesionales formados y en formación en un lugar de aprendizaje y los obliga a suspender momentáneamente la naturaleza objetivante y “neutral” de sus disciplinas. A la vez, los obliga a renunciar a su lugar como proveedores –y, por lo tanto, “dueños”– de un servicio o intervención. Pero estar ahí sólo para observar y aprender no es suficiente. No contar con la experiencia vivida y tener la desventaja de ser parte del mundo “psi” implica para los profesionales la necesidad de legitimar su pertenencia al activismo (Cresswell y Spandler, 2013). Esto requiere un ejercicio de autocuestionamiento (Montenegro, 2018a). Si lo que define al activismo es una crítica radical del mundo “psi” –incluyendo disciplinas, discursos y prácticas– entonces el único lugar válido para un representante de ese mundo es el de la autocritica permanente, acompañada de una crítica a

¹⁵ Ver debates en torno a competencias culturales y estructurales (Kirmayer, Kronick, Rousseau, 2018; Kleinman y Benson, 2006; Metzky y Hansen, 2014; Taylor 2003).

otros profesionales, autoridades y planes provenientes desde el “sistema”.

Además de comprender las demandas e ideas generadas por los colectivos críticos en salud mental, es necesario prestar atención a lo que significa ser “miembro” de estos grupos (Lichterman, 1998). El hecho de que los profesionales fueran admitidos habla sobre la naturaleza flexible del activismo en salud mental en Chile y América Latina (Soares de Freitas, 2011), a diferencia del “exclusivismo” que ha caracterizado a este movimiento en otras regiones (Everet, 2000; Morrison, 2005). Y el hecho de que los profesionales estuvieran dispuestos a aceptar el cuestionamiento directo de los usuarios y a renunciar momentáneamente a premisas fundamentales de su trabajo para dejarse “re-educar” revela, al igual que en el caso del trabajo con migrantes haitianos, una tradición de trabajo *junto* a la comunidad.

Los migrantes haitianos y los usuarios militantes establecen formas particulares de relación con las instituciones y los profesionales de salud mental. Por una parte, los migrantes desafían el quehacer de los profesionales en tanto tienden a rechazar las intervenciones de salud mental. Conjuntamente, el estigma asociado a las aficciones mentales en Haití; el rol de la medicina haitiano-creole y el vudú; y la escasa familiaridad de esta comunidad con dispositivos, agentes y prácticas en salud mental, dificultan la legitimación de los centros asistenciales como espacios válidos para el manejo del malestar y el sufrimiento psíquico. En este contexto, la propia familia extensa y las iglesias locales devienen espacios para el manejo de las aficciones y desarrollo de potencialidades individuales y colectivas (Abarca-Brown, 2022; 2023). Por su parte, las agrupaciones de usuarios desafían el trabajo de los profesionales al resistir el lenguaje biomédico, interrogando los dispositivos de atención (por ejemplo, hospitales psiquiátricos); la imposición de una comprensión específica de lo normal y lo patológico a través de categorías diagnósticas universalistas; y los tratamientos que, desde su perspectiva, dañan sus vidas y les impiden comprender sus experiencias como respuesta a circunstancias insoportables (Cantón, 2021).

Ya sea por rechazar o por resistir la acción de los dispositivos de atención, sus categorías y formas de intervención, los migrantes haitianos y los usuarios militantes generan autocomprensiones y sociabilidades al margen de los *lenguajes psiquiátricos y neurológicos* que han ganado terreno durante las últimas décadas en Chile. Al hacerlo, desafían los parámetros de acercamiento característicos del sistema de salud, basados en el supuesto de un lenguaje compartido, con una clara separación entre normalidad, patología y recuperación.

Por lo mismo, desafían los principios de cobertura y acceso que orientan el accionar de la salud pública.

Desde la institución de salud, la comunidad haitiana y las agrupaciones de usuarios militantes invitan a reflexionar sobre las políticas de reconocimiento en un sentido amplio. Más allá de reducir el análisis a las estrategias y tácticas de reconocimiento de la alteridad en los intercambios clínicos, ambos grupos permiten interrogar las políticas que dentro de la institución de salud se despliegan en el reconocimiento e integración de grupos que rechazan y resisten las intervenciones de salud mental. En términos amplios, esto interpela a la institución a reconocer a dicha alteridad –“sujeto migrante” y “sujeto usuario militante”– en tanto “sujetos políticos” capaces de incidir en su propia historia y las de sus comunidades “fuera” del alcance de los dispositivos “psi”.

Los llamados a decolonizar la psiquiatría y la salud mental denuncian la expansión de categorías diagnósticas y formas de intervención descontextualizadas e indiferentes a los contextos sociales, políticos e históricos locales. En este proceso de expansión los trabajadores tienden a ser descritos como reproductores irreflexivos, operando en un marco disciplinar estrecho siguiendo los requerimientos institucionales de sus empleadores. Esta imagen comienza a debilitarse cuando nos acercamos a la actividad concreta de los profesionales en su encuentro con grupos que rechazan, resisten o simplemente no son conmensurables con las intervenciones de salud mental. Cuando el marco disciplinar profesional y la estructura administrativa se muestran incompatibles con la actividad, ideología o forma de vida de grupos emergentes, los profesionales llenan tentativamente el vacío, ajustando sus roles, prácticas y conocimientos y *saliendo* de sus disciplinas.

Los llamados a decolonizar requieren de un análisis del contexto histórico y sociopolítico en el cual están ancladas y se desarrollan las prácticas psiquiátricas y de salud mental. En otros términos, más que un ejercicio intelectual, este llamado implica desafiar los legados coloniales a través de la práctica profesional cotidiana, y la posibilidad de imaginar nuevas formas de relación con lo anormal y lo patológico en –o fuera de– los bordes de la psiquiatría y la salud mental en tanto sistema de gobierno. Para el caso de Chile, específicamente, este análisis involucraría observar, entre otros aspectos, el proceso macro-social y sanitario que propició la consolidación de un *lenguaje psiquiátrico y neurológico* tras la dictadura cívico-militar. Atender a un llamado como éste traería consigo la promoción de una apertura epistémica y transdisciplinar que involucre aspectos históricos y socioantropológicos en el campo de la salud mental, sea por “dentro” o “fuera” de los espacios de formación profesional.

6. Referencias bibliográficas

- Abarca-Brown, Gabriel (2018). “Religión, vudú y salud mental: nuevos desafíos para los servicios de salud en Chile”. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 23(1): 68-71.
- (2021). *Becoming a (neuro)migrant: Culture, race, class and gender in Santiago, Chile*. PhD Thesis. King’s College London. UK.
- (2022). “Devenir (neuro)migrante: tecnologías “psi” y comunidad haitiana en Santiago, Chile”. En Álvaro Jiménez Molina y Gabriel Abarca-Brown (eds). *¿Somos sujetos cerebrales? Neurociencias, salud mental y sociedad*. Santiago: Ediciones Diego Portales, pp. 329-371.

- (2023). “Becoming a (neuro)migrant: Attachment, early stimulation, and the government of the future of Chile”. *Science, Technology, & Human Values*, <https://doi.org/10.1177/01622439231167665>
- Adams, Vincanne; Béhague, Dominique; Caduff, Carlo *et al.* (2019). “Re-imagining global health through social medicine”. *Global Public Health*, 14:10: 1383-1400.
- Antic, Ana (2021). “Transcultural Psychiatry: Cultural difference, universalism and social psychiatry in the age of decolonisation”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 45(3): 359-384.
- Araya, Ricardo; Alvarado, Ruben; Minoletti, Alberto (2009). “Chile: an ongoing mental health revolution”. *The Lancet*, Vol. 347(9690): 597-598.
- Arteaga-Cruz, Erica; Cuví, Juan (2021). “Thinking outside the modern capitalist logic: health-care systems based in other world views”. *The Lancet*. Vol 9(10): E1355-E1356.
- Bathia, Sunil; Priya, Kumar (2021). “Coloniality and psychology: From silencing to re-centering marginalized voices in postcolonial times”. *Review of General Psychology*. 25(4):422-436.
- Bracken, Patrick; Fernando, Suman; Alsaraf, Sara *et al.* (2021). “Decolonising the medical curriculum: psychiatry faces particular challenges”. *Anthropology & Medicine*. 28(4): 420-428.
- Byron, Jhon Picard. (2014). “La pensée de Jean Price-Mars. Entre construction politique de la nation et affirmation de l’identité culturelle haïtienne”. En: Byron JP, editor. *Production du savoir et construction sociale. L’ethnologie en Haïti*. Québec/Port-au-Prince: Les Presses de l’Université Laval & Les Éditions de l’Université d’État d’Haïti. p. 47-80.
- Calderón, Jorge; Rojas, Graciela (2016). “Integration of mental health into primary care: a Chilean perspective on a global challenge”. *BJPSYCH International*, 13(1): 20-21.
- Cantón, María Isabel (2021). “Why we must talk about de-medicalization”. En Peter Beresford y Jasna Russo (eds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies*. London: Routledge, pp. 205-216.
- Capella Palacios, Manuel; Jadhav, Sushrut. (2020). “How coloniality shapes the making of Latin American psychologists: ethnographic evidence from Ecuador”. *Int Rev Psychiatry*, 32(4):348-358.
- Castro Romero, María; Lorenzo Ruiz, Alexis; Melluish, Steve (2020) “Reimagining ‘mental health’ from the cosmivision of Abya Yala (Latin America)”. *International Review of Psychiatry*, 32(4): 299-302.
- Crespo Suárez, Jorge Luis; Machin Suárez, Raudelio (2021). “Medicalisation in public primary mental health care services in Chile”. *Soc Theory Health*, 19: 309–330.
- Cresswell, Mark; Spandler, Helen (2013). “The engaged academic: Academic intellectuals and the psychiatric survivor movement”. *Social Movement Studies*, 12(2): 138–154.
- Cuthbertson, Courtney A. (2015). “Pharmaceutical Technologies and the Management of Biological Citizens in Chile”. En Susan Bell y Anne Figert (eds.), *Reimagining (Bio)Medicalization, Pharmaceuticals and Genetics*. London: Routledge, pp. 137-159.
- Damus, Oibrillant; Vonarx, Nicolas (2019). *Anthropologie de la médecine créole haïtienne*. Louvain-La-Neuve: Academia-L’Harmattan.
- Everett, Barbara. (2000). *A fragile revolution consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system*. Wilfrid Laurier University Press.
- Fanon, Frantz (1963). *The wretched of the Earth: A negro psychoanalyst’s study of the problems of racism and colonialism in the world today*. New York: Grove Press.
- (1967) *Black skin, white masks*. New York: Grove Press.
- Faulkner, Alison (2017). “Survivor research and Mad Studies: The role and value of experiential knowledge in mental health research”. *Disability & Society*, 32(4): 500–520.
- Fernando, Suman (2003). *Cultural diversity, mental health and psychiatry. The struggle against racism*. London: Routledge.
- Global Mental Health Group. (2007). “Scale up services for mental disorders: A call for action”. *The Lancet*, 370, 1241–1252.
- Guzmán Martínez, Grecia (2021). “Perspectivas y luchas antirracistas en el Movimiento Loco y los Estudios Locos: una revisión”. *Quaderns de Psicologia*, 23(3): e1781.
- Hurbon, Laënnec (1999). “Haitian Vodou, church and anthropology”. *Anthropological Journal on European Cultures*, 8(2): 27:37.
- (2001). “Pentecostalism and transnationalism in the Caribbean”. En André Corten y Ruth Marshall-Fratani (eds.), *Between Babel and Pentecost: Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America*. London: Hust & Co. p.124-141.
- Keller, Richard (2001). “Madness and colonization: Psychiatry in the British and French empires, 1800-1962”. *Journal of Social History*, 35(2): 295-326.
- Kirmayer, Laurence; Kronick, Rachel; Rousseau, Cecile (2018). “Advocacy as key to structural competency in Psychiatry”. *JAMA Psychiatry*, 75(2): 119-120.
- Kleinman, Arthur; Benson, Peter (2006). “Anthropology in the clinic. The problem of cultural competency and how to fix it”. *PLoS Med*; 3: e294.
- Lichterman, Paul. (1998). “What Do Movements Mean? The Value of Participant-Observation”. *Qualitative Sociology*, 21(4), 401–418.
- Linstrum, Erik (2016). *Ruling minds. Psychology in the British empire*. US: Harvard University Press.
- Llambías Wolff, Jaime (2022). *Auge y caída del Estado de bienestar en Chile y los cambios en su sistema de salud. Economía política de la legislación de salud entre 1924 y 1990*. Santiago: Catalonia.
- Marcus, George (1995). “Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography”. *Annual Review of Anthropology*, 24: 95–117.
- Metzl, Jonathan; Hansen, Helena (2018). “Structural competency and psychiatry”. *JAMA Psychiatry*, 75(2): 115-116.
- Mills, China (2014). *Decolonizing mental health: The psychiatrization of the majority world*. New York, NY: Routledge.
- Mills, China; Fernando, Suman (2014). “Globalising mental health or pathologising the global south? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health”. *Disability and the Global South*, 1(2): 188-202.

- Minoletti, Alberto; Zaccaria, Alessandra (2005). "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18: 346-358.
- Moghnie, Lamia (2022). "Global mental health in south Lebanon: Psychoeducation, translation, and culture". *Medical Anthropology*, doi: 10.1080/01459740.2022.2129023
- Moncrieff, Joanna (2014). "'Freedom is more important than health': Thomas Szasz and the problem of paternalism". *Int Psychiatry*, 11(2): 46.
- Montenegro, Cristian (2018a). "'Are you a radical now?' Reflecting on the situation of social research(ers) in the context of service-user activism in mental health". *Journal of Social and Political Psychology*, 6(2): 661-676.
- (2018b). "Beyond participation: Politics, incommensurability and the emergence of mental health service users' activism in Chile". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 42: 605-626.
- Montenegro, Cristian; Cornish, Flora (2019). "Historicising involvement: The visibility of user groups in the modernisation of the Chilean mental health system". *Critical Public Health*, 29(1): 61-73.
- Montenegro, Cristian; Mercado, Nerida (2020). "Communities, health care organizations and the contingencies and contradictions of engagement: A case study from Chile". *Health Expectations*, 23(1): 229-237.
- Montoya Vélez, Eliana; López Ríos, Jennifer; Cristiancho Marulanda, Sergio *et al.* (2020). "Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia". *Cienc. Saúde Coletiva*, 25(3): 1157-1166.
- Morrison, Linda J. (2005). *Talking back to psychiatry: The psychiatric consumer/survivor/ex-patient movement*. Routledge.
- Petryna, Adriana (2002). *Life exposed: Biological citizens after Chernobyl*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Price-Mars, Jean (1990 [1928]). *So spoke the uncle*. Pueblo: Passeggiata Press.
- Rajpal, Shilpi (2020). *Curing madness? A social and cultural history of insanity in colonial north India, 1800-1950s*. New Delhi: Oxford University Press.
- Ramsey, Kate (2011). *The spirits and the law. Vodou and power in Haiti*. USA: The University of Chicago Press.
- Rey, Terry; Stepick, Alex (2013). *Crossing the water and keeping the faith: Haitian religion in Miami*. New York: New York University Press.
- Rose, Diana (2003). "Having a diagnosis is a qualification for the job". *BMJ: British Medical Journal*, 326(7402): 1331.
- Rose, Nikolas (1996). *Inventing ourselves. Psychology, power and personhood*. London: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas; Abi-Rached, Joelle M. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.
- Sadowsky, Jonathan (1999). *Imperial Bedlam. Institutions of Madness in Colonial Southwest Nigeria*. US: University of California Press.
- Scharager Goldenberg, Judith; Molina Aguayo, María Loreto (2007). "El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile". *Rev Panam de Salud Pública*, 22(3): 149-159.
- Sepúlveda Jara, Rafael; Oyarce Pisani, Ana María (2020). "New and old knowledge aimed at decolonising mental health: reflections and proposals from Chile". *International Review of Psychiatry*, 32(4): 334-339.
- Soares de Freitas, Claudia Susana (2011). *Participation in mental health care by ethnic minority users: Case studies from the Netherlands and Brazil*. [Self-published PhD Thesis]. University of Utrecht.
- Taylor, Janelle (2003). "Confronting «culture» in medicine's «culture of no culture»". *Academic Medicine*, 78(6):555-9.
- Urzúa, Alfonso (2008). "Elementos contextuales a la investigación en psicología en Chile". *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3): 446-461.
- Valderrama-Núñez, Cristian; Zolezzi-Gorziglia, Roxanna (2021). "Intersectorialidad y reducción del estigma en salud mental: la necesidad de avanzar hacia una descolonización de la institucionalidad, desde una perspectiva intercultural". *Saúde Soc*, 30(4) doi: [10.1590/S0104-12902021200973](https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200973)
- Vonarx, Nicolas (2012). *Le Vodou haïtien. Entre médecine, magie et religion*. PUR: Rennes.
- WHO (2010). *Culture and mental health in Haiti: A Literature review*. Geneva.
- Winkler, María Inés; Velázquez, Tesania; Rivera, Miryam *et al.* (2016). "Ética y formación en psicología comunitaria: Análisis de programas de asignaturas en universidades latinoamericanas". *Interamerican Journal of Psychology*, 50(1): 23-31.