



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología
Carrera de Sociología

Trayectorias en Salud Mental:
El caso de los participantes del
Colectivo Autogestión *Libre Mente*

Memoria de Título para optar el Título Profesional de Socióloga

Autora:

Catalina Gala García Castro

Profesora guía:

María Emilia Tijoux

Santiago de Chile
diciembre de 2022

*La jaula se ha vuelto pájaro
Y se ha volado
Y mi corazón está loco*

Alejandra Pizarnik

Agradecimientos

Quisiera dar un especial agradecimiento a las personas que accedieron a participar en esta investigación y me acogieron de alguna manera en su comunidad, por la confianza que depositaron en mí, por regalarme su tiempo y sus palabras, por compartir conmigo sus historias. El aprendizaje que me entregaron lo llevo inscrito en el cuerpo y se volvió el centro de mi lucha.

A mi familia, en especial a mis padres, que me han apoyado siempre de manera incondicional, que me han tenido una paciencia inmensa, en la distancia, en el encierro, en todos mis desvaríos, idas, venidas y en mi locura. Gracias por la contención, el respeto y su amor sureño que me abraza con tibieza infinita.

A mi compañero de vida Andrés, las palabras no alcanzan para describir lo que ha significado su apoyo en este proceso de memoria de título. Por su entrega, enseñanzas y compañía en las noches en vela, por todos los cafecitos, por la complicidad, las conversaciones, intercambios de ideas y reflexiones. Gracias también por sostenerme cuando el mundo se me cayó.

A las personas que he conocido en la universidad que hicieron que Santiago se sintiera como mi casa, gracias a Ignacia y Hernán por su amor y escucha inagotable.

A mi familia adoptiva, Alix, Omar y Gabriela, que me acogieron en su hermoso hogar cuando el mío estaba a 1.000 kilómetros, por hacerme sentir una más de su manada en mis primeros años santiaguinos. Gracias por enseñarme que la familia también se elige.

A mis eternos amores José Manuel y Catalina Paz, que nunca han dejado de estar.

A mi profesora guía María Emilia Tijoux, por enseñarme sobre su oficio, por su comprensión, sus consejos y su paciencia.

Y finalmente, a mi segunda madre Alicia, por todo.

Resumen

La presente Memoria de Título se propone explorar el campo de la salud mental, en específico el colectivo Autogestión Libre Mente, que se enmarca como parte del movimiento de ex pacientes y sobrevivientes de la psiquiatría por el Orgullo Loco. Dicho colectivo nace en el año 2014 y desde entonces ha logrado desplegar diversas instancias de encuentro, apoyo mutuo y denuncia contra la violencia psiquiátrica en nuestro país.

La presente investigación se llevó a cabo a partir de una metodología cualitativa y se planteó como objetivo comprender las significaciones que le otorgan los miembros del colectivo Autogestión Libre Mente a su participación en dicho colectivo, a partir de las trayectorias que han transitado dentro del campo de la salud mental en Chile. Para ello, se estudió a personas que han recibido atención en dispositivos de salud mental del país, ya sea en el ámbito público o privado, y que son o han sido miembros activos del colectivo Autogestión Libre Mente.

En base a ese criterio se realizaron siete entrevistas en profundidad en torno a los siguientes objetivos: (1) describir las trayectorias en salud mental de los/as participantes del colectivo Autogestión Libre Mente y (2) explorar significaciones que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente al mismo, a partir de dichas trayectorias. Con respecto a la dimensión de las trayectorias en salud mental, se estudiaron diversos hitos y momentos coyunturales en la vida de los/as participantes, colocando especial atención en los periodos de transición o umbral, es decir, primeros acercamientos e impresiones sobre la atención en salud mental, sobre el proceso de psiquiatrización de su malestar y sobre el uso de psicofarmacología, entre otras cosas.

Dichas entrevistas fueron analizadas utilizando métodos de codificación de la Teoría Fundamentada. Los principales hallazgos de la presente Memoria de Título dan cuenta de experiencias diversas en el campo de la salud mental, que guardan en común la presencia de violencia tanto explícita como simbólica. El reconocimiento de dichas vivencias como una experiencia común y compartida nos habla de un campo que bajo ciertas condiciones de impunidad comienza a funcionar con características de aparato y, en respuesta a ello, la organización y politización de esta vivencia común es resignificada en la idea de reivindicación del derecho a la locura. Además, se resignifica la noción de Salud Mental en apoyo mutuo y construcción de comunidad y movilización en torno al malestar.

Palabras clave: Salud Mental, Orgullo Loco, Trayectorias, Libre Mente

Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	3
2.1 MOVIMIENTO MAD PRIDE/ORGULLO LOCO	3
2.2 MANUAL DE DERECHOS EN SALUD MENTAL	6
2.3 SUBJETIVIDAD Y AUTONOMÍA: SIGNIFICADOS Y NARRATIVAS SOBRE LA DISCONTINUACIÓN DE FÁRMACOS PSQUIÁTRICOS	8
2.4 ENFOQUE DE TRAYECTORIAS EN INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL	9
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1 TRAYECTORIAS	11
3.1.1 Campo y capital simbólico	12
3.1.2 Habitus y Trayectorias	14
3.1.3 “Las formas elementales de la dominación”	16
3.2 PARTICIPACIÓN	17
4. PROBLEMATIZACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
5. MARCO METODOLÓGICO	24
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
5.2 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	25
5.3 TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN	28
5.4 DIMENSIONES DEL ANÁLISIS	30
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
5.6 TRABAJO DE CAMPO	33
6. ANÁLISIS Y RESULTADOS	35
6.1 DIMENSIÓN SOBRE LAS TRAYECTORIAS EN SALUD MENTAL	36
6.1.1 Autopercepción y trayectorias en el campo de la salud mental	36
I. Sentirse como <i>El loco / La loca</i>	37
II. Primeras incursiones	40
III. Ser etiquetado/a con un diagnóstico psiquiátrico	45
IV. Atención, tratamiento y prestaciones	48
6.1.2 Efectos de la farmacología y procesos de desmedicalización	52
I. Vivir con la psicofarmacología en el cuerpo	53
II. Procesos de desmedicalización	54
6.2 DIMENSIÓN SIGNIFICADOS OTORGADOS A LA PARTICIPACIÓN DENTRO DEL COLECTIVO AUTOGESTIÓN LIBRE MENTE	58
6.2.1 Sobre los primeros encuentros con el colectivo	58
I. Caminos que llegan a Libre Mente	59
II. Primeras impresiones sobre el colectivo Autogestión Libre Mente	61

III. Representaciones sobre las reuniones	64
6.2.2 La locura como bandera de lucha	67
I. Actividades de protesta y acción colectiva en el espacio público	67
II. Relevancia del apoyo mutuo y el encuentro entre pares	69
III. Construcción de un discurso propio en torno a la locura	71
7. REFLEXIONES FINALES	74
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
9. ANEXO	83

1. Introducción

Los movimientos de ex usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría empiezan a surgir en la América Anglosajona entre la década de los 60 y 70 y se consolidan a principios de la década de 1990 bajo la denominación de Mad Pride (Orgullo Loco). En Chile, este movimiento llega a robustecerse a mediados de la década pasada (2010-2020) y rápidamente el país se vuelve un referente en la región; el año 2014 nace el Colectivo Autogestión Libre Mente, espacio de encuentro y apoyo mutuo conformado por usuarios, ex usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, quienes un año más tarde, el 14 de noviembre del 2015, organizan una marcha por el “Orgullo Loco”. Dicha manifestación logró congregarse cerca de un centenar de personas en Santiago de Chile y se considera un hito fundamental para el movimiento, en tanto fue la primera vez que dicha marcha se efectuaba en un país de habla hispana (Cea, 2022).

El movimiento por el Orgullo Loco es considerado como un movimiento social en tanto las organizaciones de ex usuarios y supervivientes de la psiquiatría que lo componen se organizan en torno a visibilizar su malestar y plantear proyectos de cambio social, al posicionarse como alternativas al modelo dominante (Ibíd.). Como se adelantaba, el Colectivo Autogestión Libre Mente es una de las primeras agrupaciones de su naturaleza tanto en Chile como en América Latina y la presente Memoria de Título tiene por objetivo comprender los significados que le otorgan sus participantes al mismo, a partir de sus trayectorias en el campo de la salud mental.

Consideramos que mirar la realidad desde el marco de referencia de los participantes del colectivo es de suma relevancia y por ello se ha tomado la decisión de trabajar sobre sus trayectorias. A partir de los distintos eventos, experiencias y transiciones que han vivido los participantes, buscamos comprender los significados que le otorgan este movimiento social y la comunidad de la cual son o han sido parte.

Dentro de las trayectorias en Salud Mental de los participantes es posible distinguir ciertos hitos que van moldeando la relación que tienen consigo mismos, con sus pares y con la comunidad de la que forman parte. En los relatos que dan cuenta de las trayectorias en Salud Mental, buscamos sondear especialmente información sobre las razones que los llevan a acercarse a los dispositivos de salud mental, las experiencias vividas con respecto a la atención recibida, las razones por las cuales comenzaron a buscar otro marco de referencias fuera del

modelo biomédico y lo que les impulsa a llevar a cabo procesos de desmedicalización y despsiquiatrización.

Así, a partir de los conceptos de trayectorias y participación, fueron entrevistadas siete personas que forman o han formado parte del Colectivo Autogestión Libre Mente y que fueron señalados con un diagnóstico psiquiátrico y en consecuencia han recibido atención en el sistema de salud mental chileno, tanto público o privado. A partir de estas entrevistas se buscó comprender los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente a dicho colectivo, a partir de sus trayectorias en Salud Mental, y, para ello, los objetivos que guiaron el proceso de entrevistas fueron, en primer lugar, describir las trayectorias en Salud Mental los/as participantes del colectivo Autogestión Libre Mente y, en segundo lugar, explorar las significaciones que le otorgan los/as participantes al Colectivo Autogestión Libremente a su participación en el mismo, a partir de dichas trayectorias.

En cuanto a la estructura del documento, se presentan en el título 2 los antecedentes recabados sobre la temática a tratar, otorgando un panorama general del movimiento Orgullo Loco en el que se inscribe el Colectivo Libre Mente, así como también la presentación del Manual de Derechos en Salud Mental, la descripción de un estudio reciente que se acerca a lo que queremos lograr en la presente investigación y la revisión de un estudio que se enfoca en la revisión de las trayectorias en salud mental y derecho penal. Luego de esos antecedentes, en el título 3 se propone en el Marco Teórico la utilización de los conceptos trayectorias y participación en torno a los cuales se constituye en el título 4 tanto la problematización como la pregunta que guía el presente trabajo investigativo.

En el título 5 establecemos el marco metodológico que caracteriza la presente investigación como un estudio descriptivo y exploratorio que busca comprender los significados que los participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente le otorgan a este a partir de sus trayectorias en salud mental. La recolección de información se llevó a cabo por medio de entrevistas en profundidad guiadas por una pauta a través de la cual se buscó dar cuenta tanto de trayectorias personales como de los sentidos compartidos en la comunidad a partir de esas trayectorias. La relevancia que se le da a las trayectorias, si bien es explicitada en el Marco teórico, puede remitirse también a lo postulado por C. Wright Mills (1995), quien afirma “ningún estudio social que no vuelva a los problemas de la biografía, de la historia y de sus intersecciones dentro de la sociedad, ha terminado su jornada intelectual” (p.26).

En el título 6 se presenta el análisis de los resultados, los cuales fueron operacionalizados en torno a dos dimensiones de análisis que se desprenden de los objetivos específicos propuestos. Estas dimensiones fueron analizadas a través de sub dimensiones y categorías que emergieron del proceso de análisis de las entrevistas realizadas.

Luego, en el título 7 se ofrece una síntesis de los hallazgos ligados a los objetivos planteados, desplegando, en primer lugar, una descripción de las trayectorias en salud mental de los participantes, que abarca descripciones sobre su autopercepción, representaciones sobre las primeras visitas que hacen al sistema de salud mental y las razones de aquello, la representaciones con respecto ser señalados con un diagnóstico psiquiátrico, la experiencia con profesionales tratantes y dispositivos de salud mental. La segunda subdimensión trata de temas como el efecto de la terapia farmacológica a mediano y largo plazo, su efectividad y los procesos de medicalización que atraviesan los participantes.

La dimensión de los significados sobre el colectivo también se dividió en dos subdimensiones con sus respectivas categorías. En ellas, se exploran las razones que llevaron a los participantes a conocer Libre Mente y comenzar a participar activamente en el colectivo, así como las primeras impresiones que tuvieron de ese espacio comunitario y los significados que le otorgan a su participación en las reuniones semanales.

Finalmente, se incluyó una subdimensión acerca de la locura como bandera de lucha, en la cual se describen acciones colectivas de denuncia y protesta llevadas a cabo por el colectivo, se exploran los significados y representaciones otorgadas a Libre Mente en tanto espacio de apoyo mutuo y encuentro entre pares y se exploran también los discursos que nacen a partir de los participantes del colectivo en torno al concepto de locura.

2. Antecedentes

2.1 Movimiento Mad Pride/Orgullo Loco

El movimiento Orgullo Loco tiene sus orígenes en los movimientos de ex-pacientes y sobrevivientes de la psiquiatría que comienzan a surgir en la década de 1960 y 1970 (Rashed, 2020; Castillo, 2021; Chamberlin, 1990), y emerge como contemporáneo a otros movimientos de liberación (raciales, de diversidades sexuales y de género). Al diversificarse, parte de los colectivos de ex pacientes y sobrevivientes de la psiquiatría comienza a adquirir un discurso

crítico con respecto a la medicalización de la locura como una forma de control y coerción social (Chamberlin, 1990; 1998). Las formas de activismo dentro de este movimiento pasan de centrarse en autogestionar centros de tratamiento o alternativas a la psiquiatría para las personas diagnosticadas, a una búsqueda de articulación por una cultura de la locura (Rashed, 2020). El movimiento se organiza en torno al reconocimiento de la locura como una identidad, este se caracteriza por exigir reparación social para las personas psiquiatrizadas, la lucha por el reconocimiento de los derechos civiles de las personas diagnosticadas y la demanda por ampliar su acceso a oportunidades (Ibíd.). Su objetivo, además de la búsqueda de reformar a la psiquiatría como disciplina, es cambiar las concepciones con las cuales se mira socialmente a la locura (Ibíd.) y ampliar el ámbito de derechos, demandando reformas y cambio social (Castillo, 2021). En este sentido, este movimiento busca promover “una resignificación simbólica y cultural de sus identidades, junto con demandas de cambios materiales” (Ibíd., p.133).

El movimiento por el orgullo loco, se centra en la locura como identidad y por ende rechaza los discursos patologizantes que se refieren a ella en términos de enfermedad, trastorno o desorden y buscan reapropiarse del término “loco/a”, en razón de ello, lo resignifican como una identidad diferente, en lugar de una enfermedad o un conjunto de síntomas (Rashed, 2020). La reapropiación de este término es, en primer lugar, una forma de respuesta a los discursos biomédicos que definen la locura con connotaciones negativas y, en segundo lugar, un modo de desplegar enfoques más positivos en relación a este aspecto de la identidad (Castillo, 2021). Este movimiento, busca alejarse del discurso biomédico y de las nociones biologicistas sobre la locura, en ese sentido sostienen como ejes centrales de su accionar que la locura (i) es un producto históricamente construido y (ii) que el entender la locura como históricamente situada permite dotar su lucha colectiva de un enfoque de promoción de derechos de las personas psiquiatrizadas (Castillo, 2021).

La lucha del movimiento Orgullo Loco se articula como un cuestionamiento a los mecanismos mediante los cuales se oprime a las personas locas, denunciando las distintas formas de tortura, violencia y vulneración de derechos que toman lugar en los dispositivos de salud mental. Además, este movimiento declara luchar contra el “Cuerdismo”, esto es, manifestaciones menos explícitas de violencia presentes en la cotidianidad, dichas manifestaciones de violencia se denominan microagresiones (Kalinowski y Risser, 2000). Estas microagresiones son señaladas como una fuerza opresora que sostiene formas de violencia más explícitas (Ibíd). La

opresión cuerdista conlleva “prácticas de etiquetamiento, de exclusión y segregación hacia las personas catalogadas como raras, extrañas y diferentes” (Castillo, 2021, p.134).

El colectivo Autogestión Libre Mente se enmarca dentro del movimiento Orgullo Loco, y plantea la despatologización de las identidades locas. En razón de aquello, los miembros de este colectivo se refieren a las formas de diversidad y malestar subjetivo como locura, en lugar de referirse a ello en términos como “enfermedad” o “trastorno”. Dicha decisión será respetada en la presente investigación, por lo que en adelante nos referiremos a los participantes del colectivo como locos/as, aludiendo para ello a la comprensión decolonial del concepto de locura, tomando como referencia lo propuesto por Lola Perla (2019) y entendiendo dicha descolonización como “una posición intelectual de transformación del ser-sentipensante” (p.137).

En esta línea, la descolonización de la locura puede entenderse como un acto despatologizante que busca dejar de retomar como “especialistas” a psiquiatras, y relevar la importancia de otros actores catalogados por Perla como “otros especialistas canales” (p.138), quienes desde distintos lugares y oficios aportan a una “reinención de la locura” (Ibíd.). En la delimitación de estos especialistas-otros, la autora refiere a “curanderas/os, artistas y pensadoras/os”, pero también a “movimientos sociales despatologizantes y/o antipsiquiátricos” (p.138). Dentro de esos movimientos sociales podemos posicionar al colectivo “Libre Mente”, cuyos participantes se se reconocen como “expertos por experiencia”.

Siguiendo la línea del enfoque despatologizante de Lola Perla (2019), se advierte que para repensar la locura y la enfermedad mental es necesario adoptar un enfoque cuya base sea la política identitaria, esto es, un enfoque que parta desde el reconocimiento de uno mismo para así “liberarse de la propia opresión impuesta” (p.138). En este sentido, Perla rescata la acción de la Colectiva del Río Combahee que en 1977 debatieron y reivindicaron el concepto de ‘Negras’ colocando la ‘n’ mayúscula, recuperando su significación y dándole un cariz revolucionario (Ibíd.).

Es en este marco que buscamos ingresar en los significados que los participantes del colectivo Autogestión Libre Mente le otorgan a su participación dentro del colectivo, teniendo en consideración, en primer lugar, que las trayectorias que han transitado dentro del sistema de salud mental y que los hacen “expertos por experiencia”, van configurando en ellos una forma de ver y de habitar el espacio social desde el lugar del paciente/enfermo. Por otra parte, desde estas formas de darle sentido al mundo, adquiridas en sus trayectorias y constitutivas del campo

de la salud mental, la participación en un espacio autogestionado, donde se despliegan acciones de apoyo entre pares y activismo político, adquiere determinados significados que vale la pena explorar.

El movimiento Mad Pride u Orgullo Loco se centra en la conformación en comunidad de una identidad colectiva desde la cual esgrimen su crítica política y cultural (Bosnich, 2020). Esta identidad colectiva se va aunando en instancias como las promovidas por el colectivo Libre Mente, y es por ello que este movimiento es un antecedente útil al momento de analizar las formas en las cuales dentro de este colectivo es posible distinguir procesos de resignificación de las experiencias de psiquiatrización de sus miembros, de manera tal que estos transiten identitariamente desde identificarse como pacientes o usuarios/as a locos/as, sobrevivientes o activistas.

2.2 Manual de derechos en Salud Mental

“Locos por nuestros derechos” es un colectivo que originalmente se conforma por un grupo de trabajo que surge a partir de la elaboración comunitaria del Manual de derechos en Salud Mental publicado el año 2015. Este manual se enmarca dentro de la etapa de difusión del proyecto FONIS SA12I2073 denominado: “Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud” (Minoletti, Toro, Alvarado & Rayo, 2015). Esta etapa de difusión fue llevada a cabo por Juan Carlos Cea Madrid (2015), quien fue el encargado de presentar y analizar los resultados del proyecto FONIS SA12I2073.

El Manual de Derechos en Salud Mental busca educar sobre el reconocimiento, ejercicio y defensa de los derechos de personas locas en los dispositivos de Salud Mental, y fue producido por una agrupación de usuarios/as y ex usuarios/as de servicios de salud mental y un grupo de investigadores del área. La redacción tuvo un enfoque comunitario, lo cual marca un precedente en nuestro país pues, si bien anteriormente el Ministerio de Salud de Chile había abierto espacios consultivos a la comunidad durante el proceso de elaboración del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, estos no fueron vinculantes (Cea-Madrid, 2019). El manual contiene dos hitos importantes: el primero es un manifiesto denominado “Locos por nuestros derechos”, que presenta testimonios de los procesos de psiquiatrización de dos miembros del grupo y el segundo refiere la inclusión de documentos tales como el consentimiento libre e informado además de un instrumento llamado “declaración anticipada de voluntad”. Esta declaración de

voluntad anticipada es un documento a través del cual una persona puede declarar su voluntad sobre las prestaciones de salud que quiera o no recibir, en el caso de que en algún momento no se encuentre en condiciones de tomar o comunicar esa decisión.

De este proceso de elaboración se desprendieron 3 ámbitos que los participantes consideraron importantes para el ejercicio de derechos en salud mental: Libertad y autonomía personal; Bienestar y calidad de vida; Participación social y acción colectiva (p.4). El primero busca reclamar la capacidad de cada persona de tomar decisiones sobre su propio tratamiento, siendo esto respetado y promovido activamente por los profesionales de la salud mental. El segundo refiere a la importancia de ponderar el bienestar integral frente a procesos de intervención psiquiátrica, dándole relevancia al acceso a oportunidades de crecimiento y desarrollo, quitarle el protagonismo a la terapia individual y entender la problemática de la salud mental desde un prisma comunitario, “promoviendo el bienestar y la calidad de vida desde la comunidad” (p.7). Esto se asemeja a la noción trabajada por Correa-Urquiza (2009) de des-enfermar en contraposición con curar; des-enfermar implica terminar con el discurso patologizante a la vez que se entregan “condiciones de posibilidad” (p.12). Y el tercer punto atañe al derecho a la organización colectiva y participación comunitaria activa, de tal forma en que se puedan generar instancias participativas en miras de la defensa y respeto a los DD.HH. Para Rodrigo (Fredes, 2019), este punto es fundamental, puesto que rescata y eleva la idea de comunidad, afirma que, a través de volver a lo común, a lo del clan, la persona puede comenzar a recuperarse, “lo que no se puede solo se puede en grupo” (p.97).

Vale señalar que parte de las personas que formaron parte la redacción del Manual de Derechos en Salud Mental y el colectivo Locos por nuestros derechos, también formaron parte de la etapa fundacional del colectivo Autogestión Libre Mente. Este último, funciona como un espacio de encuentro, conversación y contención de personas interesadas en participar de este movimiento que apela a los Derechos Humanos en lo que se entiende por salud mental, compartiendo sus experiencias y acompañándose mutuamente. Ambos colectivos surgen de la experiencia de vivenciar o haber vivenciado procesos de psiquiatrización. Sus integrantes se reconocen como locos/as, usuarios/as, ex usuarios/as y sobrevivientes de la psiquiatría.

Tanto “Locos por nuestros derechos” como “Libre Mente” son agrupaciones que forman parte de un movimiento por el Orgullo Loco y son pioneros de la temática en Chile. A partir de ellos han nacido otras agrupaciones que se han desprendido de la organización original para tratar problemáticas que les atañen de manera a sus contextos particulares, bajo el principio de ser

“expertas/os por experiencia”. A saber, existe también el grupo “no es lo mismo ser loca que loco”, donde las locas discuten las formas particulares de violencia que viven en función del género y “por una infancia libre de drogas psiquiátricas” que atiende el tema de la psiquiatrización en niños menores de edad, sobre todo en centros dependientes del Sename (López, 2018). Ambos colectivos se enmarcan en un movimiento social que trabaja por un cambio profundo del sistema de salud mental, lo que se deja entender desde la siguiente afirmación: “hay una cantidad increíble de personas que están presas del sistema que sentimos y pensamos que se merecen otra oportunidad, se merecen opciones, hay opciones que compartir y queremos trabajar sobre eso” (López, 2018).

2.3 Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos

Para la presente investigación, destacamos el trabajo de Tatiana Castillo, antropóloga sociocultural e investigadora del Centro de Estudios Locos, quien ha comenzado a estudiar al movimiento Orgullo Loco a nivel nacional e internacional. Dentro del trabajo de investigación desarrollado por Castillo podemos encontrar, entre otras cosas, un estudio acerca de los significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos en cinco personas que narran su experiencia y las significaciones que le otorgan a sus respectivos procesos de psiquiatrización y consumo farmacológico, así como a los procesos que los condujeron a decidir dejar de consumir psicofármacos.

En los resultados de dicho estudio, se ordenan las trayectorias de cada uno en cinco categorías: (1) Experiencias de vida y atención psiquiátrica, que explican las percepciones sobre de aquello que llevó a los participantes a acercarse a la atención psiquiátrica y al uso de psicofármacos; (2) Vivencias en torno a la psiquiatrización, que explora las percepciones de los participantes en torno a sus experiencias de atención en Salud Mental; (3) Experiencias adversas del consumo de psicofármacos, relativas a los distintos tipos de medicamentos que tuvieron que consumir y los efectos que tuvieron en sus vidas y cuerpos, (4) Narrativas y prácticas asociadas a la discontinuación de psicofármacos donde se describe el proceso de abandono de los psicofármacos, tomando en cuenta los motivos para tomar esa decisión así como las estrategias y factores implicados en el proceso; (5) Identidad de “exusuario” como experto por experiencia, categoría donde se describen los aspectos subjetivos de la nueva identidad que se adopta al

momento de dejar la medicalización, al encontrarse con nuevas identidades y comprensiones de sí mismos (Castillo, 2018).

Valoramos de esta investigación la relevancia que se le otorga a los componentes sociales y al contexto sociocultural que rodea a la relación que estos exusuarios/as generan con el consumo de psicofármacos, en relación a su propia subjetividad (Castillo, 2018). Los resultados explican las razones por las cuales las personas eligen comenzar procesos de desmedicalización, las barreras y las limitaciones que hay en la relación médico-paciente para desincentivar la discontinuación de fármacos (Ibíd). Para ello, explora las significaciones que los participantes le otorgan a su trayectoria en Salud Mental, pasando por procesos de transición desde eventos que los llevan a buscar ayuda en la psiquiatría, hacia el proceso de medicalización, para luego explorar la transición hacia un estado de desmedicalización que en algunos casos culmina en adoptar una identidad activista y un ímpetu organizativo.

2.4 Enfoque de Trayectorias en investigación en Salud Mental

En el año 2020 las doctoras en Ciencias Sociales, Silvia Guemureman y Eugenia Bianchi analizan el concepto de trayectorias en función del estudio de caso de las trayectorias institucionales, psiquiátricas y de violencias de un adolescente declarado penalmente responsable y condenado, a quien designan el nombre de fantasía “Luis”. Este estudio de caso, se basa en la hipótesis de que las trayectorias “se componen y devienen en una densa y compleja trama de diferentes circunstancias y experiencias” (Guemureman y Bianchi, 2020, p.3). En razón de ello, el estudio es llevado a cabo mediante el análisis de documentos de los expedientes de Luis en las distintas instituciones por las cuales transitó antes de cumplir la mayoría de edad. Las autoras establecen que el concepto de trayectorias les permite, metodológicamente, analizar su objeto de estudio desde su dinámica, temporalidad y movilidad, en lugar de remitirse a una visión estática y cristalizada del mismo (Ibíd). De esta manera, el enfoque de trayectorias les ayuda a comprender tanto la relación entre agencia y estructura, como el desarrollo de dicha relación en el tiempo. Los resultados del estudio se parcelaron en las tres categorías antes nombradas: (1) Trayectorias institucionales, (2) Diagnósticos psiquiátricos y (3) Violencias. Para efectos de la presente memoria de título, se rescatan los resultados y consideraciones finales que devienen de la segunda categoría.

La psiquiatría, a lo largo de la trayectoria de Luis, es utilizada a través de informes, como el fundamento de diversas decisiones judiciales, su ingreso en una comunidad terapéutica y la posterior solicitud de su traslado a una clínica psiquiátrica. Las autoras establecen que los diversos diagnósticos y terapias prescritas a Luis son parte del rol auxiliar de la psiquiatría al derecho penal, sirviendo para justificar decisiones judiciales en base a establecer una noción de peligrosidad del sujeto.

Bianchi y Guemureman (2020) develan, a través de la revisión de diversos informes psiquiátricos, que a lo largo de la trayectoria institucional de Luis, emergen varios “diagnósticos con lógicas clasificatorias no unificadas” (p.13) (esquizofrenia, bipolaridad, trastorno adaptativo, trastorno desadaptativo reiterativo y trastorno de comportamiento) que se superponen, reemplazan, acumulan y desplazan, y que en conjunto tributan a la intervención farmacológica, en virtud de la idea de potencial riesgo y peligrosidad de Luis, entendida esta última como la “probabilidad de comisión de actos imprevistos y violentos” (p.15). En dicho estudio de caso, la revisión de las trayectorias de diagnósticos psiquiátricos de Luis, muestran que esta trayectoria adquiere una hibridez entre lo penal y psiquiátrico, y exponen en sus resultados que “este entramado de diagnósticos y su correlativa terapéutica basada en medicamentos ofician como pilares de fundamentación para los numerosos episodios de fuga y exclusiones recurrentes de las diferentes instituciones por las que Luis fue pasando” (pp. 21-22).

Finalmente, su análisis evidencia una falta de articulación entre el sistema de protección y de responsabilidad penal en jóvenes y adolescentes. En la discusión final de los resultados, el caso de Luis se perfila como una muestra del “vacío que se produce en los derechos y las insuficientes respuestas público-estatales” (p.22), frente a lo cual se señala que es imperativo que puedan efectuarse intervenciones sobre la niñez vulnerada desde más temprana edad y, además, reforzar los sistemas de protección. La no intervención y desprotección de las infancias y adolescentes que provienen de familias sobrevulneradas produce, en casos como el de Luis, una desatención que cronifica su situación y lo llevó a permanecer en “una suerte de limbo institucional en el que el rechazo y la fuga se integran como dos modos reversibles de circulación por instituciones jurídicas y psiquiátricas (...) hasta que reúnen las condiciones para ser recibidos por el sistema penal” (Ibíd).

3. Marco teórico

3.1 Trayectorias

La palabra “trayectoria” proviene del francés “trajectoire”, que tiene sus raíces en el latín. Esta palabra está compuesta en primer lugar por el prefijo “trans-” que quiere decir “de un lado a otro”, luego, “iacere” que responde a la acción de lanzar o tirar y, finalmente, el sufijo “-oria” que indica pertenencia (Anders, V. et al., s.f). El diccionario de la lengua española, en su 23ª edición la define como “línea descrita en el plano o en el espacio por un cuerpo en movimiento” (Real Academia Española, s.f., definición 1), luego, en su segunda acepción, se define trayectoria como “curso que, a lo largo del tiempo, sigue el comportamiento o el ser de una persona, de un grupo social o de una institución” (Real Academia Española, s.f., definición 2).

Algunos sociólogos como Erving Goffman o Howard Becker, que estudian la desviación y que fueron revisados para efectos de esta memoria, han conceptualizado las trayectorias de las personas “desviadas” o “estigmatizadas” bajo la idea de “carreras”. Sin embargo, nos asiremos a la idea de trayectoria que propone Pierre Bourdieu, en tanto la idea de carrera, luego de su consideración, nos aparece como más ligada a una idea de linealidad que no nos permite “captar clivajes, ambigüedades, marchas, contramarchas e imbricaciones entre saberes, poderes e instituciones (...) sostenemos que el concepto de trayectoria supera al de carrera, dada su capacidad de tomar la historia en su conjunto e integrarla” (Guemureman y Bianchi, 2020, p.5).

Por lo tanto, nuestra investigación se propone comprender la manera en que los participantes del colectivo Autogestión Libre Mente significan dicho colectivo, a partir de sus trayectorias en el campo de la salud mental. Para ello, hemos tomado la concepción del término trayectoria trabajada por Pierre Bourdieu, pues consideramos que la conceptualización que él hace del término desde la sociología responde a un cruce entre las dos acepciones expuestas en el primer párrafo de este apartado.

Para Bourdieu (1997) una trayectoria es definida como una “serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (p.82). Este concepto se inscribe dentro de la teoría de la acción del mismo autor, puesto que la relación que se establece entre los habitus de los agentes y las relaciones de fuerza del campo se objetivan en una trayectoria (Ibíd, p.71). En

razón de ello, se vuelve ineludible explicar también la lógica de los campos en la que se basan dichos planteamientos, así como el concepto de “habitus”.

3.1.1 Campo y capital simbólico

Como ya fue mencionado, la presente investigación considerará al sistema de salud mental chileno como un campo, el campo de la salud mental. La utilización de este concepto servirá tanto como marco de referencia así como el lente a través del cual analizamos las trayectorias que transitan los participantes del estudio. Con respecto a la definición de “campo”, Bourdieu plantea lo siguiente:

En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera). (Bourdieu y Wacquant, 2005, p.150)

La lógica de los campos de Bourdieu es pensada en términos relacionales, y bajo la concepción relacional del espacio social, lo real son las relaciones objetivas que existen entre los agentes, grupos e instituciones (Ibíd). Según esta lógica, tanto los agentes como grupos “existen y subsisten en y por la diferencia” (Bourdieu, 1997, p.47), y esta diferencia o distinción es definida en razón de las posiciones relativas que ocupan dentro de un campo. El campo, para Pierre Bourdieu remite a un campo de fuerzas, esto es, una estructura que se impone a los agentes, pero que a la vez refiere a un campo de luchas en el cual los agentes se enfrentan, en razón de sus diversos medios y fines determinados por sus posiciones relativas en el campo en cuestión. Esta lucha tiene el potencial de contribuir a la transformación o conservación de la estructura (Bourdieu, 1997). Con respecto a los campos específicos, el autor afirma que la creencia es una base constitutiva de la pertenencia a un campo (Bourdieu, 2007) :

En las sociedades altamente diferenciadas, el cosmos social está conformado por varios de estos microcosmos sociales relativamente autónomos, es decir, espacios de relaciones objetivas que son el sitio de una lógica y una necesidad específicas e irreductibles a aquellas que regulan otros campos. (Bourdieu y Wacquant, 2005, p.150)

No nos hemos propuesto una definición esquemática de los límites del campo de la salud mental, pues este ejercicio se desborda de los objetivos planteados, así como del tiempo disponible. Sin embargo, a este respecto, podemos afirmar que se entenderá el campo de la salud mental como una configuración de relaciones entre las distintas posiciones que ocupan agentes (usuarios/pacientes, psi-profesionales, agrupaciones de ex-usuarios, activistas, etc) e instituciones (gubernamentales, manicomiales, comunitarias, autogestionadas, etc), dentro del cual agentes e instituciones se disputan la distribución del poder, definido como la acumulación de capital simbólico específico. Además, la producción de las dimensiones que constituyen el campo también se encuentra en disputa (Bourdieu y Wacquant, 2005).

La mayor acumulación de capital simbólico en este campo usualmente es ostentado por los profesionales del área de la salud como psiquiatras o neurólogos, pero es posible considerar a otros profesionales como trabajadores sociales y psicólogos. Siguiendo la lógica de los campos, aquellos que dominan el campo de la salud mental pueden hacerlo funcionar a su conveniencia, sin embargo, ese poder siempre se encontrará en disputa dentro de una lógica de juego y por ende, el o los grupos dominantes deberán constantemente atenerse a la resistencia de los dominados (Bourdieu y Wacquant, 2005). Estas disputas definen la conservación o transformación del campo de la salud mental, y las estrategias de los agentes e instituciones para llevar esto a cabo depende íntegramente de la posición que ocupen dentro del mismo, pues su posición determina a su vez “la percepción que tengan del campo según el punto de vista que adopten *sobre* el campo como una visión desde un punto *en el campo*” (Ibíd, pp.155-156). A este respecto, Bourdieu afirma que “el principio de la dinámica de un campo yace en la forma de su estructura y, en particular, en la distancia, las brechas, las asimetrías entre las diversas fuerzas específicas que se confrontan entre sí” (Bourdieu y Wacquant, 2005).

A partir de lo anterior, es posible aseverar que el principio del comportamiento de los agentes se encuentra en las posiciones relativas que estos ocupan dentro del microcosmos social que es el campo (Bourdieu, 1997). Dicho comportamiento está inscrito en el cuerpo y es desplegado en acciones, estrategias y tomas de posiciones y además de ser constitutivo del campo,

determina el cambio en la estructura del mismo (Ibíd). Para continuar esbozando y dándole sentido al concepto de trayectoria, resulta menester poder describir esta relación de fuerzas que toma lugar entre los habitus de los agentes y las fuerzas estructurales del campo.

3.1.2 Habitus y Trayectorias

Como adelantamos anteriormente, la trayectoria es definida por Pierre Bourdieu como una “serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1997, p.82). Además, en complemento a lo anterior, en “Las reglas del arte” (1995) el autor define trayectorias como “una manera singular de recorrer el espacio social donde se expresan las disposiciones del habitus” (Bourdieu, 1995, p. 384). En esta conceptualización de trayectoria aparece otro elemento central que es el habitus. En este apartado otorgamos una breve definición de Bourdieu en “El sentido práctico” (2007) y en su entrevista con Loïc Wacquant (2005).

Habitus es definido por el autor como:

... sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta. (Bourdieu, 2007, p.86)

En complemento a lo anterior, en el apartado ‘¿Arte o dinero?’ de “Razones prácticas: sobre la teoría de la acción” (1997), Bourdieu define Habitus como un:

... sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (lo que se suele llamar gusto), de estructuras cognitivas duraderas (que esencialmente son fruto de la

incorporación de estructuras objetivas) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada. El habitus es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada. (Bourdieu, 1997, p.40)

Como ya mencionamos, cobra relevancia el carácter relacional de la teoría de Bourdieu, en este caso, el Habitus, pues dependiendo del contexto, éste puede generar prácticas, herramientas y trayectorias completamente diferentes según las determinadas estructuras de campo en las que se desarrollen los agentes. Esto también es determinado por la acumulación que estos tengan de distintos tipos de capital (económico, social, simbólico y cultural). En este sentido, las trayectorias nos indican los movimientos y recorridos que llevan a cabo los agentes sociales según sus capitales y las posiciones que ocupen en el campo.

El Habitus origina tanto prácticas individuales como colectivas y de esta forma, para Pierre Bourdieu, está en el origen de la historia.

Es el habitus el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu, 2007, pp.88-89).

De esta manera, cuando nos preguntamos por los significados que le otorgan los agentes a algo, nos estamos preguntando también por su habitus que se configura como un “sistema adquirido de esquemas generadores” (Bourdieu, 2007, p.89). El habitus posibilita la producción tanto de pensamientos, como percepciones y acciones dentro de los límites de sus condiciones particulares, lo que es al mismo tiempo la incorporación de la historia objetivada y las prácticas que este genera son “mutuamente comprensibles e inmediatamente ajustadas a las estructuras y también objetivamente concertadas y dotadas de un sentido objetivo al mismo tiempo unitario y sistemático, que trasciende las intenciones subjetivas” (Ibíd., p.94).

El habitus engendra aquellas conductas razonables que obedecen al sentido común, y que se vuelven posibles sólo en razón de los límites de las regularidades del cual éste es producto (Bourdieu, 2007). Por eso el habitus excluye todas las “conductas condenadas a ser sancionadas negativamente por incompatibles con las condiciones objetivas” (Ibíd., 2007, p.90).

3.1.3 “Las formas elementales de la dominación”

A partir de la teoría de Pierre Bourdieu, también le podemos dar sentido a las formas de dominación que se instauran dentro de los campos y que se reproducen a través de mecanismos objetivos. Comprender la manera en que la reproducción y mantenimiento de las relaciones de dominación tienen lugar dentro del espacio social es relevante para la presente investigación en tanto nos puede dar una idea de cómo ocurren estos procesos dentro del sistema de salud mental chileno.

A estos mecanismos objetivos a través de los cuales se instauran y reproducen las relaciones de dominación, Bourdieu les atribuye una eficacia doble, dado que no solo logran “instaurar formas duraderas de dominación sino también disimular esas relaciones” (Bourdieu, 2011, p. 59). La reproducción entonces de las relaciones de dominación ocurre a partir de mecanismos que orientan objetivamente a los agentes a tomar ciertas decisiones que “sirven a los dominantes sin que los dominantes necesiten servirse de ellos” (Ibíd., p.60).

Pierre Bourdieu postula, en su texto “Las estrategias de reproducción social” (2011), que esencialmente existen “dos maneras de mantener sujeto a alguien de manera duradera: el don o la deuda (...) en resumen, la violencia manifiesta (física o económica) o la violencia simbólica como la violencia censurada o eufemizada” (p.63). Esta forma de dominación se basa en su capacidad para eufemizarse al fundar una dependencia, tanto como una solidaridad, lo cual da lugar a que la violencia esté “simultáneamente más presente y más enmascarada” (Ibíd., p.64).

Las relaciones de dominación que conllevan violencia despiadada y manifiesta despierta la reprobación de la sociedad y, en última instancia, la negación de la relación que se pretendía explotar. Por otro lado, las relaciones de dominación que se expresan a través de la violencia simbólica que alude a virtudes moralizantes, la fidelidad, hospitalidad, la piedad, el don, la deuda, o, en palabras de Bourdieu “la explotación suave y larvada” (Ibíd., p.66), se impone como el modo de dominación más adecuado a la economía del sistema. Esta forma de dominación tiene su base en la acumulación de capital simbólico o “forma transformada, es decir, irreconocible, de los demás tipos de capital” (Ibíd., p.70), cuya plusvalía legitima el poder al mismo tiempo de dar la apariencia de “no deber cosa alguna a la lógica de la explotación” (Ibíd., p.73).

Por último, para situar estos mecanismos de dominación, citamos a Pierre Bourdieu quien afirma que la dominación dentro de un campo

no es mero efecto directo de la acción ejercida por un conjunto de agentes ('la clase dominante') investidos de poderes de coacción sino el efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de las coacciones cruzadas a las que cada uno de los dominantes, dominado de este modo por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, está sometido por parte de todos los demás. (Bourdieu, 1997, p.51).

3.2 Participación

La palabra "participar" proviene del latín *participare*, compuesta por las raíces *pars*, esto es, la parte y el verbo "capere", que significa tomar o agarrar (Anders, V. et al., s.f).. El diccionario de la lengua española define participar como tomar parte de algo, compartir o comunicar (Real Academia Española, s.f.). Para conceptualizar participación en el contexto del presente estudio, fue revisada la publicación "Apuntes para el análisis de la participación en experiencias educativas y sociales" (2000) de Javier Corvalán y Gabriela Fernández, que conceptualizan participación como "la asociación del individuo con otro(s) en situaciones y procesos más o menos estructurados y en relación con objetivos finales medianamente claros y conscientes" (p.11). A través de dicha asociación con otros, el individuo logra ampliar su ejercicio de poder, de agencia de una manera que no podría hacer posible por sí solo.

Para los autores, la participación simboliza el paso de una conducta individual a una colectiva (Corvalán y Fernández, 2000). Existen distintas tradiciones dentro de las ciencias sociales que han trabajado el concepto de participación, y que determinan de maneras distintas la naturaleza de aquella acción colectiva que representa (Ibíd.). Los autores reconocen cuatro tradiciones desde las que se puede definir la participación, a saber: la tradición liberal, el contexto de la acción integradora, la movilización colectiva y la perspectiva de la alienación (Ibíd.).

Para los efectos de este estudio, nos ceñiremos a la tercera definición, es decir, "La participación en el contexto de la movilización colectiva" (Ibíd.). En este apartado, analizan la participación como "una acción fundamentalmente colectiva, con énfasis en la reivindicación de derechos y recursos, y con la intención de crear un actor colectivo capaz de llevar a cabo tales objetivos" (Corvalán y Fernández, 2000, p. 20). Esta tradición, se desprende de manera más o menos íntegra de la sociología de los movimientos sociales, y en particular de lo

postulado por Alain Touraine (2006), quien reconoce tres elementos para la constitución de los movimientos; la identidad o capacidad del movimiento de reconocerse como tal; la oposición, o capacidad del movimiento de identificar a un otro en tanto adversario; y la totalidad, o capacidad que tiene el movimiento de visualizar un escenario global dentro del cual se desarrolla el conflicto y los procesos de reivindicación (Ibíd.).

Desde la perspectiva de movilización colectiva, entonces, la participación es vista como una conducta asociativa del individuo con otros, a quienes interpreta como sus similares y con quienes comparte una misma problemática y motivación que les lleva a plantear un proyecto colectivo. La posibilidad de construcción de este proyecto colectivo moviliza el proceso identitario que se mencionó anteriormente (Ibíd.). En ese sentido, la participación social en el contexto de las movilizaciones, es aquella llevada a cabo por un individuo que se adhiere a un proyecto colectivo del cual se hace consciente reconociendo tanto a sus pares como a aquellos que se le oponen (Ibíd.). La característica general de este tipo de participación descrita por los autores, es la voluntariedad y la plena conciencia del individuo tanto de la situación de la que está formando parte, como del proyecto que se configura por la asociación de su voluntad con la de otros (Ibíd.).

4. Problematización y Pregunta de investigación

Las problemáticas relativas a la Salud Mental en Chile han sido abordadas, en gran medida, a partir de una perspectiva biomédica, en base a la cual se interpretan los problemas de salud mental como manifestaciones de un problema orgánico. En esta lógica organicista, se asume que las problemáticas relativas a la estabilidad mental pueden estar ligadas tanto a la genética como a desequilibrios químicos. Usualmente, esta concepción biologicista sobre la salud mental y sus perturbaciones lleva a validar distintos tipos de tratamiento psiquiátrico, que se muestran como la única vía para poder apaciguar o curar la enfermedad mental. Dichos tratamientos psiquiátricos han evolucionado con la historia de dicha disciplina y, en la actualidad, refieren principalmente a prácticas de encierro y de uso de psicofármacos, estando estos últimos en auge (Pérez, 2012). El enfoque biomédico descrito se sitúa como la base de políticas públicas que perfilan la práctica clínica (Bosnich, 2021; Pûras, 2017).

En los últimos años, han emergido ciertas iniciativas de intervención y políticas públicas que se plantean desde una mirada de salud mental comunitaria. Dichas intervenciones, pese a plantearse desde la vereda de la psiquiatría comunitaria, continúan teniendo su base en el saber técnico disciplinar de la psiquiatría. En Chile, por ejemplo, la nueva ley de salud mental 21.331 busca promover la salud mental comunitaria, pero sigue enfocándose en el tratamiento médico y reducción del síntoma de la “enfermedad mental” (Castro, 2021).

Una de las consecuencias de que esta visión biomédica se posicione como el eje central de acción gubernamental sobre las personas que viven con un diagnóstico psiquiátrico es que, por lo menos hasta el año 2018, el Estado chileno no ha podido garantizar la protección de los derechos humanos de las personas que se enfrentan al sistema psiquiátrico (Universidad Diego Portales, 2018), lo que se traduce en que los casos de violaciones a derechos humanos que toman lugar dentro de los dispositivos de salud mental de nuestro país quedan en impunidad (Universidad Diego Portales, 2018; Castro, 2021).

En respuesta a las distintas formas de violencia explícita y simbólica a las que son sometidas las personas psiquiatrizadas, se ha ido tejiendo en los últimos años el movimiento Orgullo Loco, que se posiciona desde una mirada crítica a la forma en la cual se abordan los problemas de salud mental en Chile, exigiendo un cambio del modelo. El Colectivo Autogestión Libre Mente (en adelante Libre Mente) surge también como respuesta a este modelo, cuestionando

el funcionamiento del sistema de salud mental chileno y reivindicando el enfoque de derechos frente al enfoque biomédico. El colectivo se compone por usuarios/as y exusuarios/as del sistema de salud mental, así como gente “cuerda” que tiene una visión crítica del modelo y está interesada en su forma de entender la salud mental.

Los/as usuarios/as y exusuarios/as que forman parte de Libre Mente se autodenominan “expertos/as por experiencia”, por el hecho de haber vivido la experiencia de la psiquiatrización, esto es, la vivencia de la atención en Salud Mental y/o el consumo de psicofármacos (Bosnich, 2021; Castillo, 2018). De esta manera le dan valor a su experiencia en salud mental, haciendo una suerte de equivalencia con las personas que se desempeñan profesionalmente en el área de la salud mental, a quienes llaman “expertos por formación”.

Los expertos por formación se posicionan desde el paradigma biomédico descrito anteriormente y se han visto históricamente señalados como poseedores y constructores del saber objetivo acerca de la salud mental. Así, el concepto de expertos por experiencia se vuelve una forma de disputar este lugar de poder del saber disciplinar. Linda Morrison (2013, en Castillo, 2021), sostiene que los movimientos compuestos por ex pacientes y supervivientes de la psiquiatría reúne, dentro de su diversidad, perspectivas y acciones disruptivas con el sistema de salud mental. Destacar la relevancia de los saberes de quienes son expertos por experiencia permite incursionar en nuevas narrativas que redefinen la salud mental, al margen de lo institucionalmente establecido desde la tradición biomédica (Castillo, 2021).

Además de disputar la validez de sus saberes y conocimientos, los movimientos de usuarios/as, exusuarios/as y supervivientes de la psiquiatría se han ocupado de reapropiarse del etiquetamiento con el cual normalmente han sido señalados, esto es, el uso de la palabra “loco/a”. En torno a la identidad de la locura, los integrantes del movimiento Orgullo Loco y, en particular, del colectivo Librementemente, reconocen su diferencia en el plano de la subjetividad, valorando la locura como una forma de ser diferente, así como también un “sujeto colectivo y comunidad política” (Ibíd., p.134), construyendo en torno a estos conceptos la pertenencia a una colectividad que se despliega en forma de lucha contra las formas de opresión que son ejercidas contra las personas señaladas como locas. Estas formas de opresión, contra las cuales se despliega la acción social de los movimientos de usuarios/as, exusuarios/as y supervivientes de la psiquiatría se definirán como parte de una estructura opresiva denominada en la literatura de los Estudios Locos como “cuerdismo”. El acto de entregar más visibilidad y protagonismo

a las narrativas relativas a la locura más que a la enfermedad mental, se puede entender como la “articulación de una identidad en torno a intereses comunes” (Ibíd.).

Las organizaciones y colectivos sociales que conforman el Movimiento Orgullo Loco, del cual se desprende el Colectivo Autogestión Librementemente se proponen reivindicar el derecho a la locura, que se refiere a ampliar la autodeterminación de las personas locas (Castillo, 2021). Hablar de derecho a la locura implica como punto de partida levantar la exigencia de que el diagnóstico psiquiátrico de una persona no tenga efectos sobre sus derechos ciudadanos (Chamberlin, 1990), pero también entender que muchas de las personas que se autodenominan como locas no quieren ser incluidas en una sociedad que ha sido construida por y para personas cuerdas (Cea-Madrid, 2019, p.13). Así, el movimiento Orgullo Loco y la lucha por el derecho a la locura se enmarca también en que a través de la denuncia contra los dispositivos opresivos se exprese el deseo de construir un mundo distinto desde las subjetividades locas (Cea-Madrid, 2019).

En ese marco general, las organizaciones que se identifican dentro del Movimiento Orgullo Loco, se despliegan desde la pertenencia a un colectivo que ha sido oprimido por razones políticas y culturales y que busca transformar aquellas nociones y presunciones bajo las cuales ha sido discriminado (Castillo, 2021). De esta manera, las personas locas que forman parte de organizaciones como Libre Mente son actores políticos que, en colectivo, se constituyen como los protagonistas de su propia lucha contra las estructuras que los han oprimido (Ibíd.).

En particular, dentro de nuestro país, el colectivo Librementemente se enmarca dentro de este movimiento por el Orgullo Loco y que se configura desde sus inicios como “un espacio de encuentro y de diálogo horizontal entre personas usuarias y ex usuarias de los servicios de salud mental, familiares, profesionales y estudiantes, con el propósito de compartir sus experiencias y las modalidades de atención desde una mirada crítica y reflexiva” (Cea-Madrid, 2022, p.32). Vale señalar que la idea inicial de este colectivo era conformar un espacio seguro, donde se pudieran crear lazos dentro de la comunidad de usuarios/as y ex usuarios/as en un contexto libre de jerarquías y verticalidades que caracterizan a los dispositivos de salud mental.

Este colectivo nace en el año 2014, y lleva ocho años de funcionamiento desde su fundación, ha llevado a cabo múltiples actividades, como charlas en universidades o espacios comunitarios, encuentros de exusuarios/as, talleres de desmedicalización, manifestaciones públicas, actividades de difusión (Cea-Madrid, 2022). Todas actividades autogestionadas que promueven la participación política en salud mental, dándole especial valor a la experiencia en

primera persona. Esto último, la experiencia en primera persona y la idea de “experto por experiencia” es lo que se pretende trabajar en esta investigación y en razón de aquello es que nos preguntamos por los significados que los participantes del colectivo le otorgan a éste, es decir, cómo le dan sentido al colectivo y a su participación en él en base a su experiencia, expresada en sus trayectorias particulares.

Además de la relevancia que guarda el colectivo Libre Mente en ese contexto, consideramos necesario tratar el tema desde la perspectiva de las trayectorias, puesto que este estudio se plantea como exploratorio dándonos la oportunidad de aproximarnos de manera no lineal a las historias de vida que relatan los participantes del colectivo, esto, como han afirmado las autoras Eugenia Bianchi y Silvia Guemureman (2020) nos ayuda a tomar en cuenta que existen

temporalidades no acotadas a un principio y fin específico, sino de más larga duración, en las que el tránsito no describe una recta ni está preestablecido en relación a modelos sociales y puede caracterizarse antes bien por la desestructuración, diversificación y espiralamiento y, por lo tanto, por las múltiples transiciones. (p.5)

Nuestra investigación se propone incursionar en las diversas historias y trayectorias de vida que han atravesado aquellas personas que participan de las reuniones del Colectivo Autogestión Librementemente, las posiciones y decisiones que les motivan a buscar ayuda en el modelo de Salud Mental chileno, lo que hay detrás de la decisión de finalmente alejarse de dicho modelo y buscar respuestas alternativas, así como la forma en la cual el colectivo se constituye como esa respuesta alternativa. Del planteamiento de este problema es que formulamos la siguiente pregunta y objetivos de investigación:

¿Cuáles son los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente a dicho colectivo a partir de sus trayectoria en Salud Mental?

Objetivo General: Comprender los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente a dicho colectivo, a partir de sus trayectorias en salud mental

Objetivos específicos:

1. Describir las trayectorias en salud mental de los/as participantes del colectivo Autogestión Libre Mente.

2. Explorar las significaciones que le otorgan los/as participantes al Colectivo Autogestión Libre Mente a su participación en el mismo, a partir de dichas trayectorias.

5. Marco metodológico

5.1 Tipo de investigación

La presente investigación se enmarca dentro de las metodologías cualitativas, que según Canales (2006) pone al centro la comprensión del fenómeno, posicionando la acción investigativa en el orden de los significados y sus reglas de significación, explorando así al colectivo en “su orden interno, en el espacio subjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes” (p.19). Este método se ocupa entonces de investigar y producir conocimiento desde los significados y la perspectiva del investigado, operando desde la escucha que estudia al habla del objeto de estudios para lograr comprender de manera holística el orden del sentido como una estructura de significación ordenada desde lo investigado (Canales, 2006, p.20). Este enfoque fue elegido al ser un objetivo central en la presente investigación el poder ahondar en las significaciones que otorgan miembros del colectivo “Libre Mente” a su participación en dicho espacio, esto es, comprender su relato acerca de sus trayectorias individuales y su encuentro en lo colectivo.

Consideramos que el método cualitativo es el que mejor se acomoda a las necesidades de la presente investigación, dado que queremos develar “el orden de significación, la perspectiva y la visión del investigado” (Ibíd.). El estudio no tiene pretensiones de objetividad, sino más bien se asume subjetivo y observa desde las distinciones y esquemas relativos al colectivo estudiado, buscando comprender el ordenamiento o ilación interna del mismo a través de las propias distinciones, reglas y lengua de sus miembros (Canales, 2006).

En razón de lo anterior, el presente estudio no tiene la pretensión de generar inferencias generalizadoras (Archenti, 2007), sino más bien conocer el caso de el colectivo Autogestión Libre Mente en su especificidad y se perfila como un estudio de caso que se define, según describe Stake (1994), como una elección del objeto de estudio, que en este caso es una unidad colectiva. La intención de este estudio ha sido analizar los significados para así poder comprenderlo dentro de su especificidad. Siguiendo lo expuesto por Nélida Archenti (2007) en base a lo anterior, el presente estudio se enfoca en llevar a cabo un análisis en profundidad que permita entender el caso en su unicidad (p.238). La elección de posicionar esta investigación como un estudio de caso se fundamenta en nuestro objeto de estudios como un fenómeno que excede a la teoría existente y cuyo “impacto en la sociedad es suficientemente relevante como para convertirlo en objeto de observación” (Archenti, 2007, p.240).

Se trata de un estudio que puede definirse, a partir de su propósito (Stake, 1994 en Archenti, 2007) como un estudio de caso intrínseco, esto es, “el caso en sí mismo es el que despierta el interés por su estudio. La investigación se orienta en una descripción densa que relate la especificidad del caso, sus relaciones y sus particularidades” (Ibíd., p.241). Así también, puede clasificarse según su objetivo de investigación (Yin, 1994, pp.5; Archenti, 2007, p.242) como (a) exploratorio y (b) descriptivo, en primer lugar porque (a) se orienta en generar conocimiento que pueda ser utilizado en futuros estudios (Yin, 1994, p.6), así como poder generar puertas y puentes de acceso a esta información (Gáinza, 2006). Y, en segundo lugar, porque (b) describe un caso contextualmente situado (Archenti, 2007, p.242).

5.2 Caracterización de la muestra

El universo de esta investigación se definió como todos los/as miembros/as que hayan participado o continúen participando de las reuniones del colectivo Librementemente en Santiago.

Para configurar la población se estableció el criterio de haber sido etiquetado/a con un diagnóstico psiquiátrico y haber recibido, o bien estar recibiendo, algún tipo de tratamiento en un dispositivo de Salud Mental chileno (ya sea del sector público o privado). Este criterio es excluyente pues parte de los objetivos de la investigación implican describir la trayectoria en Salud Mental de los/as participantes, para así comprender, a partir de ello, de qué manera significan su participación en el colectivo.

En cuanto al muestreo, se podría definir como intencionado en cadena, esto es, a partir de las entrevistas y redes que se fueron construyendo a lo largo del trabajo de campo realizado, fueron surgiendo nuevos contactos e informantes (Ízcara, 2014).

A continuación, se presentará una breve caracterización de las personas que conformaron la muestra de la presente investigación, cuyos nombres fueron reemplazados por nombres de fantasía, con la excepción de un participante, que solicitó que su testimonio fuera expuesto con su nombre y apellido. Durante las entrevistas y conversaciones también ocurrió que una de las participantes quiso elegir su nombre de fantasía y se respetó esta decisión.

Valeria: 53 años, actualmente vive y trabaja en el campo, está atravesando un proceso de duelo que la ha mantenido alejada del activismo los últimos dos años. Fue participante activa del colectivo Autogestión Libre Mente, con el cual tiene contacto desde sus inicios. Sus primeras nociones de ser una persona “rara” se dieron en el tránsito de la niñez a la adolescencia, periodo en el cual se cambió a un nuevo colegio para comenzar su enseñanza media. Su primera experiencia con un psiquiatra fue en la infancia, antes de los 10 años, fue llevada por su madre, preocupada porque no hablaba. Luego, en la adolescencia, volvió a pasar por una consulta psiquiátrica luego de un intento de suicidio. No recibió diagnósticos, pero se le sugirió el uso de psicofármacos. Finalmente abandona la terapia al no encontrarle sentido.

Melisa: 39 años, escritora, artista, miembro del colectivo Autogestión Libre Mente y parte de la campaña “Por una niñez libre de drogas psiquiátricas”, subgrupo que deviene del anterior. Tiene recuerdos de haber sido una niña “muy distraída”, razón por la cual vivió su primer encuentro con el sistema de salud mental tuvo lugar a sus diez años, por recomendación de una profesora a su madre. Su contacto con el campo de la salud mental a partir de ese momento es intermitente, hasta que a sus 27 años vuelve y es señalada con un diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1, que la mantiene por 10 años en terapia psicológica y psiquiátrica. También tuvo experiencias de hospitalización psiquiátrica, que la marcaron. Al notar los efectos de la medicalización en su cuerpo (parkinsonismo y discinesia) y el deterioro de su estado de salud física, comienza a buscar alternativas al modelo y consigue llevar a cabo un proceso de desmedicalización.

Adrián: 30 años, actualmente trabaja en el rubro gastronómico. Siempre se sintió “aparte”, pero a los 17 años pasa por un periodo en su vida marcado por crisis existenciales y diversos problemas personales, esto lo lleva a sus primeras atenciones psiquiátricas. Si bien va por voluntad propia, siempre tuvo una postura crítica con respecto al modelo biomédico de salud mental. Luego de un par de años en los que la interacción con psi-profesionales es intermitente le asignan el diagnóstico de personalidad limítrofe. Conoce al colectivo Autogestión Libre Mente en una actividad de difusión de un libro. Este año finalizó su proceso de desmedicalización.

Samuel: 30 años, actualmente se dedica al comercio atendiendo un negocio familiar del que es dueño. Es padre de un hijo y se desarrolla artísticamente a través de la fotografía y pintura. Desde los cinco años su vida es marcada por episodios constantes de violencia intrafamiliar y hostigamiento escolar. Su primer acercamiento al sistema de salud mental fue a los 21 años, a esa edad comienza una terapia psicológica y psiquiátrica, en la cual le son recetados psicofármacos, que finalmente opta por dejar. Pasa por un periodo de consumo problemático de sustancias, se reconoce en ese momento como poliadicto, actualmente en remisión. Conoce al colectivo Autogestión Libre Mente al asistir a reuniones de su militancia de ese momento en el mismo lugar donde se reunían ellos y termina uniéndose a las reuniones.

Galaxia: 31 años, tiene un trabajo estable de tiempo completo hace un año y además conoce varios oficios manuales. Su trayectoria se ha caracterizado por varios momentos de separación, en los cuales pasa por distintos hogares, ya sea familiares o con sus parejas. Además, vive un proceso de migración a Argentina durante su adolescencia. Su primer acercamiento con el sistema de salud mental chileno es a los 25 años, luego de experimentar lo que llama su primera catarsis, su locura, es hospitalizada. En ese momento, la hospitalización psiquiátrica aparece como la única salida para su familia. Conoce a Libre Mente pues la ayudan a salir y después se une a las reuniones para dejar las drogas psiquiátricas.

Mateo: 59 años, se dedica al activismo en salud mental en el colectivo Autogestión Libre Mente así como la “Locooperativa”, iniciativa con la que se busca ampliar el acceso a trabajos remunerados de personas locas. Desde su niñez ha estado inmerso en el campo de la salud, por vivir con diabetes desde temprana edad. Al consultarle a una médica por los problemas emocionales que estaba teniendo, es derivado a psiquiatría. Es señalado con un diagnóstico de esquizofrenia y transita varias instancias de atención psicológica y psiquiátrica en el sistema público. Conoce Libre Mente por recomendación de un amigo y luego de asistir a la primera marcha del Orgullo Loco comienza a asistir regularmente a las reuniones.

Rodrigo Fredes: 56 años, es activista en derechos humanos y salud mental, describe su activismo como con perspectiva crítica y anti hegemónica. Vive y trabaja en el campo. Es parte de los miembros fundadores del colectivo Autogestión Libre Mente. Era adulto cuando acude por primera vez al sistema de salud mental chileno, buscando ayuda porque había perdido las

ganas de vivir. A partir de ese momento, pasan ocho años en los cuales es señalado con cuatro diagnósticos diferentes, siguiendo un tratamiento psicológico, psiquiátrico y farmacológico. En esos ocho años también vive tres hospitalizaciones psiquiátricas en las cuales sufre de diversos tipos de violencia. A los cinco años comienza a notar los primeros signos de malestar en el cuerpo, producto de la medicalización. A partir de encontrar en su camino a personas con una visión crítica a la psiquiatría y por medio también de buscar información, perfila una visión crítica del modelo, comenzando su proceso de desmedicalización. Conformando Libre Mente con gente que pasó por lo mismo que él.

5.3 Técnica de producción de información

En cuanto a las técnicas que fueron ocupadas, pensando en que los objetivos propuestos en la presente investigación buscan recabar información desde el orden de la subjetividad, se definió que serían utilizadas técnicas que permitan comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas (Taylor y Bogdan, 1987). De acuerdo a esto, se colocó especial interés en poder captar las narrativas y discursos propios de los/as participantes.

Inicialmente, se propuso la realización de al menos ocho (8) entrevistas en profundidad con personas que participen o hayan participado activamente del colectivo Autogestión Libre Mente. La entrevista en profundidad se caracteriza por la comunicación cara a cara entre entrevistador/a y entrevistado/a, entablando “relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable” (Gaínza, 2006).

Para la realización de las entrevistas, se elaboró una pauta flexible, la cual ha servido a la investigadora a modo de recordatorio, para guiar y conducir la conversación la conversación pero, en última instancia, se busca que el/la entrevistado/a hable de manera relativamente libre. Dichas entrevistas no se estructuraron en torno a una lista de preguntas, más bien se trabajó en torno a dos dimensiones, una que dice relación con la trayectoria en salud mental que ha vivido la persona entrevistada y otra que guarda relación con la participación de esta en el colectivo y la significación que le entrega a la misma. En ese sentido, a partir de la entrevista en profundidad no se pretende medir algo, sino más bien “acceder a una información verbal rica en significados y expresados a ritmo y duración fijados por el propio entrevistado” (Ibíd.).

La entrevista en profundidad se plantea como una instancia donde el/la entrevistado/a puede simplemente “dejar salir” todo aquello que quiera decir “o que dice aunque no sea consciente de lo que dice” (Ibíd.). Las entrevistas realizadas para esta investigación tuvieron una duración en promedio de entre 60 y 90 minutos, estas consistieron en conversaciones que pudieron darse de manera fluida, y que si bien se estructuraron en torno a la pauta elaborada, se buscó que la investigadora hiciera la menor cantidad de intervenciones posibles. Como ya se mencionó, en las entrevistas realizadas se buscó cubrir las dimensiones e indicadores establecidos en la pauta de entrevista de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación. Dicha pauta fue levemente modificada a lo largo del trabajo de campo, sumando dos temáticas al desglose de las dimensiones de análisis planteadas originalmente, correspondientes a las dimensiones de (a) trayectorias en salud mental y de (b) participación en el colectivo Autogestión Libre Mente estas son:

- (a) En qué momento de su periodo formativo comienzan a aparecer nociones de ser diferente, de no entender al resto o sentir que el resto no lo entiende a usted.
- (b) Qué significa para usted estar loco/a y la locura.

5.4 Dimensiones del análisis

En este apartado, se presentará la Tabla n°1 que corresponde a la operacionalización que se llevó a cabo de la pregunta y objetivos de investigación en dimensiones y temáticas, que sirvió de base para la construcción de la pauta de entrevista y en torno a la cual se llevó a cabo el análisis de resultados.

Tabla n° 1: Operacionalización de los objetivos de investigación en dimensiones y temáticas

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Dimensiones	Temáticas
¿Cuáles son los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libremente a dicho colectivo a partir de su trayectoria en Salud Mental?	Comprender los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libremente a dicho colectivo, a partir de su trayectoria en Salud Mental.	Describir las trayectorias en Salud Mental de los/as participantes del colectivo Autogestión Libremente.	Trayectoria en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> -Primeros momentos del periodo formativo en que comienzan a aparecer nociones de ser diferente, de no entender al resto o sentir que el resto no lo entiende a usted -Primeros acercamientos al sistema de salud mental chileno y por qué acude -Experiencia como usuario/a con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> fármacos personal de salud diagnóstico tratamiento -Experiencia como usuario/a -Representaciones sobre las repercusiones de su experiencia como

				<p>usuario/a</p> <p>-Qué le lleva a alejarse del modelo tradicional</p>
		<p>Explorar las significaciones que le otorgan los/as participantes al Colectivo Autogestión Libremente a partir de dichas trayectorias.</p>	<p>Participación en colectivo Autogestión Libremente</p>	<p>-Qué le lleva a acercarse al colectivo Libremente</p> <p>-Procesos de desmedicalización/de sinstitucionalización/ despsiquiatrización</p> <p>-Nuevas herramientas de cuidado de salud mental</p> <p>-Representaciones sobre la participación en el colectivo</p> <p>-Significación al concepto de loco/a y la locura</p>

5.5 Consideraciones éticas

Para la elaboración de la presente investigación fueron tomadas en cuenta las recomendaciones propuestas por el comité de ética de la facultad, se realizó una revisión de su página web de la cual se desprendió el documento de consentimiento informado que fue entregado a los participantes de las entrevistas.

Ezekiel Emanuel (2005) propone 7 consideraciones éticas a tomar en cuenta al momento de realizar una investigación. Si bien dicha propuesta de 7 puntos está pensada para ser aplicada en investigaciones clínicas, consideramos que estos de igual manera pueden resultar válidos en investigación social. Dichas consideraciones éticas buscan mantener el respeto por la dignidad de quienes participan de la investigación social, pues están encaminadas a “reducir al mínimo la posibilidad de explotación, con el fin de asegurar que los sujetos de investigación no sean sólo usados, sino tratados con respeto mientras contribuyen al bien social” (Emanuel, 2005, p.84).

Consideramos de esos 7 puntos, que una de las dimensiones más delicadas desde el punto de vista de la ética en la investigación es la de considerar los riesgos y beneficios (p.88) que implica la realización de la misma. Al respecto, es posible afirmar que el proyecto tiene un posibilidad de daño mayor que el mínimo, puesto que la situación en la que se encuentran algunos de los sujetos es vulnerable (en razón de las experiencias potencialmente traumáticas vividas dentro del sistema de salud mental) y los temas a tratar en las entrevistas podrían eventualmente constituir una forma de revictimización, dado que en ellas se pueden revivir eventos traumáticos ligados a su experiencia personal en aparatos de salud mental, por ejemplo. Lo anterior, al comprender que además las personas que formarán parte de esta investigación enfrentan al mundo con una sensibilidad distinta a lo considerado “normal”, es posible que se lleguen a tocar temas que sean gatillantes para cuadros de estrés o, en definitiva, emociones no placenteras y difíciles de manejar.

Tomando en cuenta esto, es que se proponen ciertas medidas de resguardo que puedan servir como “reducción de daños”, de tal manera que la experiencia de ser entrevistado sea lo menos perturbadora posible para las/es/os participantes. Dentro de esas medidas se puede enumerar el saber cómo reaccionar ante señales de estrés que puedan presentarse durante la entrevista para poder reaccionar como sea necesario (lo que puede implicar dar por terminada la entrevista).

Además, la persona entrevistada debe estar informada de que puede detener la entrevista en el momento que lo desee.

Otro punto importante es asegurar el anonimato y confidencialidad de la persona entrevistada, así como de las personas que participen de las reuniones del trabajo de campo, omitiendo sus nombres y, de ser el caso, borrar los audios luego de la transcripción. Otro resguardo que resulta esencial promover, sobre todo con el advenimiento de nuevas variantes, es el respeto por las medidas higiénicas y de distanciamiento en la instancia de entrevistas, de tal manera que se cuide la salud e integridad física de los miembros del colectivo.

Además de los riesgos que se corren en la investigación, también existen beneficios que provienen de la participación . La propuesta de investigación incluye una suerte de negociación o conversación con el colectivo, de tal forma que estos ayuden a definir lo que la investigación puede hacer por ellos, además de lo que ellos puedan hacer para la investigación. Sumado a eso, los beneficios que puedan tener quienes decidan participar de la investigación, así como quienes se mantengan al margen, van de la mano con los beneficios a largo plazo que pueda tener generar conocimiento académico sobre la salud mental desde la perspectiva del colectivo.

Un último punto acerca de los elementos éticos de esta investigación es la devolución y difusión de los resultados al colectivo. Todas las personas que participaron de este estudio recibirán un resumen y el documento con los resultados finales.

El consentimiento informado donde se explicitan los puntos anteriormente descritos se encuentra en un anexo. El documento fue enviado a los entrevistados previamente a la entrevista y luego fue leído en conjunto por la investigadora y el/la entrevistado/a, a modo de asegurar que cada persona supiera exactamente de qué se trataba la investigación como de lo que implicaba su participación. En dichas lecturas conjuntas fueron aclaradas las dudas que emergieron al respecto.

5.6 Trabajo de campo

Pierre Bourdieu en “La miseria del mundo” (2007b), da cuenta de que la acción de comprender se encuentra intrínsecamente ligada con la de explicar, a este respecto afirma que “son una sola

cosa” (Bourdieu, 2007b, p.532). Para él, comprender implica situarse mentalmente en el lugar del entrevistado, basándose en el dominio -teórico o práctico- de las condiciones sociales que lo anteceden y producen, esto es:

Dominio de las condiciones de existencia y de los mecanismos sociales cuyos efectos se ejercen sobre el conjunto de la categoría de la que forma parte (...) y dominio de los condicionamientos inseparablemente psíquicos y sociales vinculados a su posición y su trayectoria particulares en el espacio social. (Bourdieu, 2007b, p.532)

Esta comprensión, para Bourdieu, debe ser ejercida de tal manera que resulte a la vez comprensible, tranquilizadora e incitante, esto implica lograr que la instancia de la entrevista cobre un sentido para el entrevistado (Ibíd.). Siguiendo esa línea, Bourdieu plantea que se vuelve necesario para ello contar con un conocimiento previo sobre el tema a tratar en la entrevista, ya sea por investigación o por encuentros previos. En ese sentido, cabe destacar que la presente investigación implicó un trabajo de campo de varios meses en los cuales tuvieron lugar varios acercamientos entre la investigadora y el colectivo, a través de los cuales se fue estableciendo la confianza necesaria para llegar a llevar a cabo las entrevistas, que tomaron lugar en la última etapa de este trabajo de campo. Por otro lado, la investigadora responsable también ha vivido procesos de psiquiatrización, medicalización y desmedicalización, por tanto estas experiencias le son bastante familiares. En ese sentido, al provenir de una experiencia similar la confianza que se puede llegar a establecer con las personas entrevistadas, así como el nivel de comprensión de sus testimonios, está marcado por esa particularidad, que según Bourdieu (2007b) puede considerarse una ventaja al momento de realizar el trabajo de campo.

En primer lugar, existía un conocimiento previo del colectivo por parte de la investigadora. Luego, entre el año 2021 y 2022 se empezaron a llevar a cabo los primeros acercamientos directos. En primera instancia, estos acercamientos se llevaron a cabo vía correo electrónico, sin embargo, al notar una lenta respuesta, se optó por sumarse a actividades de formación gestionadas por el colectivo. Se asistió a un curso de metodologías participativas en salud mental, luego a un encuentro para compartir experiencias sobre procesos de desmedicalización, posteriormente un conversatorio sobre el uso de la terapia de electroshock en Chile, así como también un conversatorio sobre el uso de psicofármacos en infancias y, finalmente, se procedió con asistencia a las reuniones semanales del colectivo, una vez que estas pudieron ser retomadas en octubre del presente año 2022.

Durante la realización de este trabajo de campo se identificaron ciertos factores que eventualmente dificultaron el acercamiento y el establecimiento de confianza con los participantes del colectivo para concretar las entrevistas. En primer lugar, durante lo que duró el periodo de seminario de grado y título, las reuniones semanales del colectivo se encontraban suspendidas, primero debido a la pandemia y luego por falta de un lugar físico en el cual encontrarse. Lo anterior, implicó que durante este periodo los participantes del colectivo se encontraban disgregados y tan solo mantenían comunicación entre sí a través de su grupo cerrado de whatsapp. Por esto, además del sincero interés de la investigadora, se tomó la decisión de comenzar a asistir a los cursos, conversatorios y charlas promovidas por el colectivo. Así también, la investigadora sostuvo conversaciones con uno de los miembros fundadores del colectivo y con uno de los investigadores que trabaja con ellos como su “aliado cuerdo”.

En segundo lugar, la naturaleza misma del colectivo, que se presenta como un lugar de encuentro de personas que han sido etiquetadas como “raras” o “locas” y han sido violentadas en virtud de dichas etiquetas, conlleva a que sus participantes sean recelosos de personas externas, sobre todo de quienes se acercan con la finalidad de estudiarlos y obtener un beneficio. Haber logrado entrar en su círculo y ganar la confianza de algunos ha sido un camino difícil pero al mismo tiempo un gran logro dentro de este contexto. A este respecto, se puede mencionar que durante el tiempo que hemos estado en contacto con Libre Mente hemos presenciado el rechazo por parte del colectivo a dos iniciativas de investigación similares, llevadas a cabo por compañeros de otras universidades.

Luego de un año de relación con el colectivo, se pudieron concretar las siete (7) entrevistas en profundidad que son analizadas más adelante, de las cuales la mayoría tuvo una duración en promedio de 60 a 90 minutos.

6. Análisis y Resultados

La presente memoria de título se propuso como objetivo general comprender los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente a dicho colectivo, a partir de su trayectoria en Salud Mental. En virtud de dicho objetivo, se desprenden dos objetivos específicos, estos son, en primer lugar, describir las trayectorias en Salud Mental

los/as participantes del colectivo Autogestión Libre Mente y en segundo lugar explorar las significaciones que le otorgan los/as participantes al Colectivo Autogestión Libre Mente a su participación en el mismo, a partir de dichas trayectorias. Tomando dichos objetivos como punto de partida, fueron confeccionadas las dimensiones y subdimensiones en torno a las cuales se ordenaron las temáticas de conversación a tocar en las entrevistas en profundidad y su posterior análisis. En ese sentido, el análisis se ordenó en torno a dos dimensiones generales. En primer lugar, una dimensión las trayectorias en salud mental de los participantes, en las cuales se exploran sentidos de autopercepción, las representaciones y significados que le otorgan los participantes a sus procesos de transición o umbral, como los primeros acercamientos al campo de la salud mental, las relaciones que establecen en el mismo, tanto con profesionales tratantes como compañeros/as psiquiatrizados, también los significados que se le otorgan al proceso de la diagnosis, al tratamiento con psicofármacos y la consecuencia que estos tuvieron en sus vidas y en sus cuerpos.

En segundo lugar, la dimensión en la que se exploran las representaciones y significados que le otorgan los participantes a su participación dentro del colectivo Autogestión Libre Mente. En ella exploramos también momentos coyunturales y de clivaje como lo es el momento en el que se empiezan a alejar del modelo biomédico de la salud mental, las sensaciones y emociones que se despiertan al ingresar al colectivo y comenzar a reunirse entre pares, conocer las historias de otras personas, compartir ideas y soluciones, y los significados que le otorgan también a las acciones que se despliegan desde ese lugar de politización del malestar.

En el proceso de análisis, de esas dos dimensiones generales y las temáticas que se desprendían de ellas, se fueron desglosando algunos conceptos, categorías y subcategorías, que fueron añadidas en este capítulo.

6.1 Dimensión sobre las trayectorias en salud mental

6.1.1. Autopercepción y trayectorias en el campo de la salud mental

En este capítulo, se trabajó el análisis de los momentos fundacionales de la relación de los agentes con el campo de la salud mental. Se incluyen los primeros encuentros que tienen los

participantes con saberse a sí mismos como personas que se alejan de la norma, las primeras incursiones en la atención en salud mental y lo que las motivó, así como también las representaciones que tienen de las relaciones que formaron con los profesionales que los trataron, con la recepción de la etiqueta diagnóstica, con el tratamiento recibido y el uso de psicofármacos.

Este capítulo se dividió en cuatro apartados: “I. Sentirse como *El loco* o *La loca*”, donde exploramos los significados que le otorgan los participantes a su propia “anormalidad”; “II. Primeras incursiones”, para explorar las razones que les llevan a buscar ayuda en la atención psicológica o psiquiátrica; “III. Ser etiquetado con un diagnóstico psiquiátrico” que advierte de las primeras sensaciones que tienen al recibir un diagnóstico, que contribuye a definir la posición ocupada por los agentes en el campo de la salud mental; y “IV. Atención, tratamiento y prestaciones” donde se describen los significados y representaciones acerca de la atención recibida en salud mental y las relaciones que se conforman entre los usuarios y tratantes.

I. Sentirse como *El loco* / *La loca*

El análisis de la dimensión de significados en torno a las trayectorias en salud mental, estaba planteado originalmente en los significados otorgados al campo de salud mental en un sentido netamente institucional, abarcando preguntas respecto a las prestaciones recibidas en diversos dispositivos de salud mental chilenos, tanto en el ámbito público como privado. Durante el análisis y mientras se avanzaba en lecturas del marco teórico, en paralelo al trabajo de campo, se tomó la decisión de incluir nociones de autopercepción. Esto debido a que el campo de la salud mental se encuentra en relación y lucha con otros campos en el espacio social, los cuales a veces se superponen, y que a través de diversos mecanismos estructurales, subjetivos y objetivos, perfilan ciertos constructos que se objetivan en forma de sentido común. El sentido común, pero también el habitus, aproxima a los agentes a la noción de inadecuación y saberse a sí mismos como “extraños” o “raros” antes incluso de considerar consultar a un médico psiquiatra o a un psicólogo, es una idea que se asume como real, inscrita en el cuerpo como una manera de habitar el mundo.

En razón de lo anterior, consideramos importante incluir en el análisis de las entrevistas una categoría sobre lo que significó para estas personas sentirse raros/as, locos/as o anormales, en un mundo de “cuerdos”, antes de pensar siquiera en la salud mental como institución.

Estas ideas sobre el hecho de no encajar, o no poder adaptarse, suelen aparecer durante la infancia y adolescencia y es continuamente reafirmada por comentarios o actitudes de compañeros de aula o la familia. En algunos casos, como ocurre con Samuel y Mateo, esta sensación de desajuste se expresa como algo que pueden sentir, que se intuye, aún sin saber bien de dónde viene dicha intuición o presentimiento.

“Fue raro, pero era una cosa que yo presentía y yo ya me había dado cuenta desde muy temprana edad de que algo no andaba bien, o sea, yo en primero básico, no en Kinder yo me di cuenta a mitad de año, en Kinder/primer básico que las cosas no estaban bien y ahí presentí que no iban a estar muy bien, que finalmente fue la verdad, porque no lo estuvieron. Y, pero dentro de mi mente claro, desde ese entonces hasta ahora, que yo creo que no funciona bien (...) en el sentido del control del estado del ánimo, en todo lo que es el control de la ansiedad, del estrés y también mi auto percepción personal, la forma en la que yo me desenvuelvo con mis pares” – Samuel, 30 años

“Yo no tenía mucha noción porque andaba en las nubes como se dice - que en quinto básico siempre me iba bien en los análisis y las evaluaciones, tenía A en todo, lo que significaba que podía, que estaba adecuado, que tenía buena calificación. Y me acuerdo que había una evaluación sobre si tenía, si usaba los elementos que había aprendido para resolver situaciones nuevas, y ahí me pusieron una evaluación menor, no me acuerdo si era B o C (...) cuando estaba en la básica y media era como un niño modelo, en términos de que tenía buenas notas y todo, pero yo no tenía una cualidad especial, o que pudiera decir a mí me gusta esto o esto otro” – Mateo, 59 años.

“Me acuerdo que en ese momento yo pensaba que me iba a ir mal ¿Por qué? No sé. Probablemente ahí empezó todo; o sea no empezó, probablemente venía de antes, pero ahí se gatilló con una situación que yo veía como insalvable para mi.” – Mateo, 59 años.

La idea de Mateo de “andar en las nubes” la comparte Melisa, quien se describe a sí misma, de niña, como estando “en la luna”. En ambos casos, esta idea de la desadaptación, de que algo no anda bien y que hay que corregirlo, es señalada por sus docentes.

“La profe vio que yo estaba muy distraída entonces, era claro, a mi siempre, en primero básico se me quedaban los zapatos en el colegio o de repente estaba como en la luna, en otra” – Melisa, 39 años

Esta idea de desajuste despierta dos emociones que se identifican en los relatos de los entrevistados, en primer lugar, un sentido de soledad, al no lograr conectar bien con otros niños o niñas. En el caso de Adrián, si bien esto sucede en la adolescencia, se repite la idea de sentirse aparte del resto. En el caso de Samuel, ocurre algo parecido, pues se enfrenta con la hostilidad de sus compañeros de colegio.

“Yo creo que fue como en tercero medio, o sea, siempre me sentí un poco aparte. Igual también criado en un espacio con mucha sobreprotección. Y más allá eso también me sentí un poco aparte” - Adrián, 30 años.

“Nunca me adapté al colegio, nunca. Yo sentía, hablando ya este tema de que yo me sentía rara, después posteriormente, bueno, el lenguaje; Yo sentía que a veces yo decía cosas y la gente se aguantaba la risa porque como que yo decía cosas que para mí eran súper normales (...) y para las otras personas no” - Valeria, 53 años.

“Recibí bullying acoso y violencia psicológica, hostigamiento dentro y fuera del colegio, incluso mi familia, violencia física intensa de parte de decenas de personas y esto fue todos los días por esos primer año primeros diez años de formación, desde kinder que fue cuando empecé a recibir golpes de mis padres y ahí se mantuvo hasta hasta justo primero medio porque ahí ya me cambié de colegio.” – Samuel, 30 años.

Esta distancia que se identifica entre uno mismo y el resto, en el caso de Valeria, la acompaña hasta su adultez, pues en sus entornos laborales se repetían dinámicas similares a las que vivió en su etapa escolar. Entonces, se repite en su vida el hecho de verse como “rara” a través de los ojos del otro.

“Y yo creo que eso siempre me sentí... O los demás me hacían sentir que yo era objeto como para reírse de mí, como que yo era rara, como que decía cosas como “mira las cosas que dice”, o mi vida también era extraña, como yo me vestía, entonces yo eso siempre lo sentí, siempre, siempre” – Valeria, 53 años

“Yo me daba cuenta que pensaba, sentía de otra manera” – Valeria, 53 años

El hecho de reconocerse como raro y distinto a los demás durante la infancia y adolescencia, muchas veces repercutió en forma de problemas de la vida adulta de las personas entrevistadas. En el caso de las mujeres, así como de algunos hombres, esta autopercepción que se instala durante la infancia y adolescencia los acompaña en el largo plazo, provoca en ciertos casos problemas para relacionarse con los demás, problemas de autoestima y una tendencia a la autocensura y moderación de los modos de ser y hablar, esto último se observó sobre todo en el caso de las mujeres entrevistadas, Melisa y Valeria. En el caso de Melisa, esto es algo que se profundiza dentro de la consulta psicológica y psiquiátrica.

“Así que mi vida, siguió así, trabajando yo ocultándome, yo mintiéndome, pero siempre consciente yo que mentía, siempre yo evitando ciertas situaciones donde yo sabía que yo no iba a poder actuar, que no iba a saber actuar o que no iba a poder ser yo”- Valeria, 53 años

“Hubo momentos en los que quise creer que [la psicóloga y psiquiatra] me estaban ayudando y puse lo mejor de mí, pero siempre me entraba el nivel de la desconfianza porque eran personas que veían que yo tenía algo incorrecto entonces tenía que disimular y me pasaba en las sesiones con la psicóloga que ella misma me pedía que hablara como, con menos palabras y bueno después, ahora con 39 años que observo eso a la distancia lo encuentro muy violento, porque más allá de yo haber permitido como la reiteración de esas correcciones, también fue el asumir que yo estaba enferma y la enfermedad tenía que ver con cómo era yo” - Melisa, 29 años

II. Primeras incursiones

Algo fundamental a analizar desde la perspectiva de las trayectorias en salud mental es el momento en que los entrevistados reciben atención por primera vez en alguna institución de salud mental, pública o privada. Se identificaron dos formas de entrada a este sistema, en primer lugar, hay quienes llegaron de manera voluntaria, sin conocer mucho sobre la salud mental, psicología o psiquiatría, pero abrazando la idea de que esta podría ser una instancia en la cual resuelvan los problemas que los aquejan.

Quienes ingresan a este sistema de manera voluntaria, lo hicieron en su adultez, mientras que aquellos que se atienden por primera vez con un psi-profesional de la salud mental, lo hicieron en la infancia, la mayoría de las veces llevados por sus padres. Las dos mujeres que formaron parte de la muestra, comparten el hecho de haber sido atendidas a muy temprana edad por un profesional de la salud. Es el caso de Melisa, que llega a su primera atención con un neurólogo producto de lo que se le había sido señalado por una profesora que la notaba muy distraída, como se describió en el apartado anterior, esta idea de estar “en la luna” o “en las nubes”.

“Mira yo recuerdo a los diez años una profe le dijo a mi mamá que había que llevarme a, me tenían que hacer un control para, esto debió haber sido en el 93 más (...) y me salvé de esa digamos porque el neurólogo que me vio hizo un tipo de análisis, le pidió a mi mamá, en conjunto con el antecedente que era la interacción, le preguntó qué notas yo tenía y claro, yo siempre tuve muy buenas notas, y le dijo “no, pero a esta chica no la vamos a pichicatear” así se lo dijo a mi mamá, yo tenía 10 años” - Melisa, 39 años

En el caso de Valeria, ocurre algo similar, es llevada al psiquiatra a los cinco años.

“Mira yo cuando era pequeña, cuando era chica, a mí no me gustaba hablar y me costaba hablar y yo no quería hablar, entonces yo no hablaba y cuando era niña en eso no había ningún problema, salvo, ningún problema social, porque mi mamá hablaba por mí y la gente como que a los niños los ve como como para hacerles cariño, en la cabeza, darle un besito, decirle cosas bonitas, regalarle dulce y nada más, entonces no había problema, pero mis papás sí tenían el problema porque yo no hablaba y me llevaron a un psiquiatra cuando yo no recuerdo, yo era muy pequeña, tendría cinco o seis años. Y me acuerdo que el psiquiatra quiso que yo hablara, me

quiso entrevistar a mí, porque mi mamá empezó a hablar ella porque mi mamá como hablaba por mí”- Valeria, 53 años

En ambos casos, se trató de una consulta que no conlleva un tratamiento a largo plazo, pero que de todas maneras les causó una impresión que se transformó en un recuerdo que guardan hasta el día de hoy, identificando este hecho como una experiencia terrible.

*“Me acuerdo perfectamente de la situación. Además que el psiquiatra era feo, horrible, serio, que hizo callar a mi mamá, que era la persona que hablaba por mí siempre, la hizo callar y yo internamente, porque yo siempre era muy correctita, pero por dentro yo la veía toda, la escuchaba toda, reflexionaba, eso para mí fue terrible”
- Valeria, 53 años*

Ambas vuelven a los servicios de salud mental durante la adolescencia. Para Melisa, se trata de una suerte de imposición. Del mismo modo, Valeria vuelve a tener una visita con un psiquiatra en su adolescencia, que ocurre posterior a un intento de suicidio. La psiquiatría se muestra en estos segundos encuentros como una solución a un problema sobre el cual nadie en el núcleo familiar cuenta con las herramientas para resolver y, en consecuencia, se decide depositar la confianza en un profesional de la salud mental.

“Yo estaba triste, a final de ese año, estaba muy triste, no quería ir más al colegio y se juntó con esta situación también, se me juntaron las dos cosas, entonces fui directamente a psiquiatra, me llevaron, me llevaron, mi mamá, mi papá, porque era un problema que ellos no podían atender, no sé, me llevaron” -Melisa, 39 años

“Mi mamá me pregunta a mí y ahí yo colapso, no sé qué decirle, me pongo a llorar y le cuento que yo la había sacado porque mi idea era matarme, pero no lo había logrado y me sentía muy mal porque yo no lo había logrado.

Y mi mamá se le dio vuelta a la cabeza como a cualquier mamá y me dice “qué quieres tú entonces, qué quieres tú” y yo tenía en la cabeza lo que uno escucha, y lo que uno escucha es psiquiatría, o lo que te dicen en los libros, lo que te dicen, lo que uno escucha y en la tele y le dije “un psiquiatra, yo quiero un psiquiatra”, “ya” me dijo

y me pagaron un psiquiatra durante varios meses, que ya se murió que se llama Manuel Hidalgo, todavía me acuerdo de él. ” – Valeria, 53 años

Como se explicó en el capítulo 6 del Marco Metodológico, el presente estudio no tiene la pretensión de encontrar reglas generalizantes, sino explorar los significados que otorgan las personas a su participación en un espacio determinado, enmarcado en su trayectoria particular. En esa línea, de todas maneras llama la atención que, a partir de las entrevistas realizadas, se pudo constatar que las únicas personas dentro de la muestra que fueron llevadas durante su infancia y adolescencia (sin considerar su consentimiento) a un servicio de salud mental eran mujeres. Esto nos lleva a cuestionarnos si acaso existe un sesgo de género en ese sentido, pues dentro de la muestra entrevistamos a otras personas que describen sentir y expresar malestares desde temprana edad. A este respecto, vale la pena problematizar el hecho de que existan ciertas expresiones de carácter o manifestaciones que tienen distintas interpretaciones si son encarnadas por una mujer, que por un hombre. Y, en ese sentido, se ha encontrado que existen rasgos que son problematizados y patologizados si vienen de una mujer, pero que no son vistos como una desviación si provienen de un hombre.

“Yo siempre he ido por cuenta propia, tuve la suerte de que nadie me ha obligado a ir.” – Adrián, 30 años

Volviendo al análisis de los relatos, se puede establecer como una constante en la relación de Melisa con las instituciones de salud mental la idea de imposición. Mientras que la tendencia en los otros entrevistados es que cuando acuden a buscar prestaciones en salud mental, lo hacen de manera voluntaria. Ahora bien, se considera pertinente matizar esta idea de voluntariedad, puesto que ello también responde a una suerte de noción de expectativas, de acuerdo a las cuales lo que resulta lógico y de sentido común es que la psiquiatría es una instancia de ayuda y mejora. En esa línea, hemos notado que los dispositivos de salud mental aparecen en los relatos como un espacio al cual se acude en búsqueda de respuestas ante un malestar subjetivo que no se entiende y que genera la necesidad de un marco explicativo en el cual ubicarlo. De esta manera, lo que va dotando de sentido al malestar subjetivo es la psiquiatría y la idea biomédica de enfermedad mental.

A continuación, se adjuntan las razones que dieron los entrevistados para acudir a estos servicios, se constata que hay una falta de información acerca de la disciplina de la psiquiatría.

“Cuando tenía 27 años volví al sistema de salud mental por tercera vez y fue porque mi mamá estaba yendo a una terapia familiar de una psicóloga que daba terapias familiares y después de atenderla a ella durante un tiempo empezó a entrevistar a los integrantes de la familia y ahí llegó mi turno y ella le dio el alta a mi mamá y se quedó conmigo, se quedó conmigo, me dijo que ella tenía que seguir trabajando conmigo (...) y estuve diez años ahí de los 27 a los 37 estuve como, yendo mensualmente al psiquiatra o cada 15 días y también con la psicóloga todas las semanas. Esos fueron los 10 años de los 27 a los 37” - Melisa, 39 años

“Como el 86 u 87 andaba una alumna en práctica viendo lo de la diabetes y le dije ‘sabe qué, parece que tengo una depresión’, y me derivaron al San Juan de Dios con un psiquiatra. Él me atendió durante ese periodo e hizo como una terapia de grupo, pero se fue a hacer clases a la Chile y creo que para ese entonces ya habían cerrado el servicio mental en el San Juan de Dios (...) Lo curioso es que no sé lo que buscaba, no me acuerdo cómo surgió la idea de atenderme con psiquiatría.” – Mateo, 59 años

“Él era psicoanalista, yo todo esto lo supe después, en ese momento yo fui a él nomás, no tenía idea y como psicoanalista él no hablaba, quería que yo hablara y me pasó lo mismo que con el psiquiatra, con el primer psiquiatra, con el que vine de chica; que yo no quería hablar po, si yo iba porque yo no quería hablar, mi idea no era hablar, me cargaba hablar.” – Valeria, 53 años

“[fui buscando] entenderme a mí mismo, mis emociones obviamente sentirme bien, sin tanta angustia, sin tanto caldo mental que hasta el día de hoy es como que estoy un poco con eso, pero mucho menos. Que también igual el caldo mental fue como mi salida un poco para el sistema, meterme a leer filosofía pura y dura. Entonces, era eso como buscar estar bien, mejor, [estaba] con problemas de pareja po y después ya las desmotivaciones de la Universidad que, puta, de nuevo la misma weá y de nuevo un semestre y es como ‘ya, tengo que empezar este semestre y no sé si voy a terminar esta carrera y para qué’, y aparte también me estaba aislando y quedando solo, estaba medio reventado. Ahí empecé a tomar pastillas en la universidad.” – Adrián, 30 años

“Yo primero fui al sistema público, fui a un consultorio, me acuerdo y ahí bueno tuve una entrevista con un medicina general, familiar, no sé qué y por supuesto me puse a llorar y el tipo me dijo “yo lo voy a derivar a psiquiatría” y después yo hice todo ese circuito, me internaron una vez, me internaron dos veces, estuve tercera vez internado en esta clínica, me dieron de alta de la clínica, me quedé con el tratamiento... Tiene que haber pasado como un año y medio y yo estaba en mi casa y ahí me llamaron del servicio de salud para esa interconsulta que me iban a dar ¡un año y medio después!”
– Rodrigo Fredes., 56 años

Al revisar lo anterior, es posible comprobar que el proceso de entrada al campo de la salud mental en su forma institucionalizada se vuelve, en muchos casos, una forma de reafirmación de las sensaciones de desadaptación que se perciben durante la infancia y adolescencia. Este malestar, a través de las relaciones con profesionales del rubro de la salud mental y los tratamientos farmacológicos y hospitalizaciones, toma una forma común, y se comienza a consolidar y cristalizar en la identificación de la idea de “enfermedad”. Esto se tratará con mayor profundidad en los siguientes apartados.

III. Ser etiquetado/a con un diagnóstico psiquiátrico

El diagnóstico, en el caso del sistema de salud mental público, funciona como la puerta de entrada a las prestaciones de salud mental, pero como se lleva a cabo de acuerdo a la capacidad interpretativa del médico tratante respecto de la interacción que tiene con su paciente, en gran medida depende de la subjetividad de éste. Esto implica que las trayectorias en salud mental de las personas estén marcadas por diagnósticos distintos, en el caso de la muestra de este estudio, de las siete personas entrevistadas, seis han sido etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos y cuatro de ellos han sido etiquetados más de dos veces con diagnósticos distintos.

“Así que así entré, así estuve, tomando pastillas ocho años, con un diagnóstico primero, un segundo, un tercero, un cuarto diagnóstico hasta quedarme con un diagnóstico entre comillas definitivo (...) conviviendo al mismo tiempo con como la tranquilidad de saber qué es lo que a uno le pasa, porque cuando le ponen un diagnóstico como que uno “oh, al fin sé lo que me pasa, esto tiene un nombre y se llama tal”. – Rodrigo Fredes., 56 años

Además, de la gran variabilidad de diagnósticos, se ha podido constatar que las personas significan haber sido señaladas con diagnósticos psiquiátricos desde la ambivalencia; por un lado, existe una suerte de alivio al encontrar tanto una explicación como un tratamiento para el malestar que les aqueja. Entonces al recibir un diagnóstico existen sensaciones de tranquilidad, al poder darle nombre e identificar la génesis de su problema. Sin embargo, al mismo tiempo, haber sido señalado con un diagnóstico psiquiátrico implica una connotación negativa, que se lleva como un estigma.

“Se genera el efecto de que hay una explicación para tu malestar, cuando lo dicen es como ‘ah, esto es lo que tengo’. Pero también después de un tiempo... uno se entrega estos tratamientos, porque uno cree que es gente que sabe más de uno que uno mismo, por tener un título. (...) Igual es un diagnóstico para toda la vida, entonces tienes que reconocerte toda tu vida como enfermo y más encima dependiente de un tratamiento. El que muchas veces me decían que no podía dejar el tratamiento, [que quería dejarlo] porque no quería seguir avanzando.” – Adrián, 30 años

“Reconocerte como víctima, como ‘aah soy borderline, la gente tiene que entenderme y la salud mental y etc’. Igual uno se cree como que está viviendo casi un-- Uno se cree el diagnóstico cachai, uno se cree [que es] una persona que no se puede controlar o que tiene que estar mediado por alguien que sabe.” – Adrián, 30 años

“El diagnóstico es complicado porque he ido a diferentes psicólogos desde ese entonces, y ehm, bueno, la verdad es que es complicado, pero cierto, yo sé que soy una persona melancólico depresiva y que tengo ansiedad, o sea, totalmente claro, entre otras cosas, entre otras fobias, manías y cosas que, también están. Bueno, las manías están diagnosticadas también la ansiedad y la depresión igual y es, fue fuerte” – Samuel, 30 años

“Fue el asumir que yo estaba enferma y la enfermedad tenía que ver con cómo era yo, entonces es un lugar que, al que volví y volví y volví.” – Melisa, 39 años

Los relatos en torno a la experiencia de recibir un diagnóstico y los tratamientos que eso conlleva nos hablan de un proceso caracterizado por un ímpetu moralizante. De esta manera, el malestar subjetivo es interpretado desde la disciplina psiquiátrica, guiada por el paradigma

biomédico, como una enfermedad. Comprender los procesos de sufrimiento psíquico y crisis desde este ángulo lleva a las personas a definir su propia subjetividad desde la patologización, viéndose a sí mismos como personas desviadas o portadoras de una cualidad desviada. Esto tiene dos implicancias importantes en la vida de las personas psiquiatrizadas, la primera es que definirse dentro del marco de la enfermedad incrementa el sufrimiento y malestar de la persona al profundizar el flagelo de definirse como una persona enferma, portador de una cualidad abyecta que debe ser disimulada y sanada.

Por otro lado, también se ha encontrado que desde la perspectiva biomédica se suele reducir la explicación sobre las manifestaciones de malestar y sufrimiento psíquico a fallas orgánicas y/o desequilibrios químicos. Esta interpretación se muestra como sesgada al no tomar en consideración factores sociales externos que inciden en el desarrollo y permanencia de diversos problemas de salud mental. De esta manera, el proceso de etiquetamiento diagnóstico se configura como una herramienta mediante la cual se individualizan problemáticas que en muchas ocasiones tienen su origen en lo social.

“[se vive] con esa ambivalencia de sentirse que uno está fallando, que es un enfermo, que ha hecho las cosas mal y de ahí a enjuiciarse, un mal padre, un mal hijo, un mal esposo. Conviviendo con eso po.” – Rodrigo Fredes, 56 años

El proceso de diagnóstico le otorga un nombre y por tanto un significado a las diversas formas de malestar psíquico y emocional que presentan las personas. El diagnóstico se va entendiendo como una etiqueta, que le pone nombre y dota de sentido a algo que antes no lo tenía. La etiqueta diagnóstica tiene consecuencias sobre la vida de las personas, dichas consecuencias por lo general son médicas y refieren a las repercusiones físicas del uso de psicofármacos y tratamientos invasivos irreversibles (esterilizaciones, psico cirugías o terapia electroconvulsiva). En ese sentido, se puede afirmar que el diagnóstico coloca al usuario en una situación de pasividad discapacitante frente a su médico o profesional tratante.

Además, se ha observado que el diagnóstico cuenta con repercusiones legales en la vida de las personas, pues las ubica en una posición de interdicción, esto quiere decir que si bien son reconocidas como sujetos de derecho, se le delega a la familia y/o equipo médico tratante la capacidad de ejercer ese derecho, lo cual implica que se les priva de tomar decisiones sobre su tratamiento. En el caso de Galaxia, la terapia electro convulsiva que recibió como parte de su

hospitalización fue consentida por su familia, a quienes se les había comunicado que esta era la única solución posible para calmar las manifestaciones de malestar que estaba viviendo.

“A mi me hicieron dos electroshock igual con el consentimiento de mi familia, Porque como que esa es la única opción que hay para aplacar todo (...), porque era súper complejo, para mi mamá era súper complejo y esa era la única opción que había, la única opción que ofrecía el sistema, que es súper violento.” - Galaxia, 31 años.

IV. Atención, tratamiento y prestaciones

En lo que atañe a los significados otorgados a la experiencia en atención y prestaciones dentro del campo de la salud mental, en términos institucionales, existen diversas vivencias y diversos tipos de relación establecidas con los médicos tratantes. En algunos casos, se identifican experiencias de indefensión y vulnerabilidad frente a los psi-profesionales tratantes.

Las relaciones que se forman dentro de la consulta entre usuario/paciente y psi-profesional se desarrollan desde una base asimétrica, en la cual el profesional tratante es visto como una persona que posee el conocimiento disciplinar necesario para saber cómo “arreglar” eso que está mal en el usuario y, por su lado, el usuario es visto como un sujeto pasivo cuyo rol es recibir la ayuda del psi-profesional para sanar. Esto profundiza la conciencia de enfermedad del usuario, y genera diversos cuestionamientos sobre esas dinámicas de poder, al construirse una idea de la consulta como un lugar donde el usuario es despojado de su autonomía y agencia.

En los relatos se repite la noción de que esta relación se desarrolla como una imposición y la idea de que esta imposición implica por parte del usuario sumisión y por parte del psi-profesional la licencia para acceder, desde la intervención psiquiátrica, a la totalidad de la integridad física y emocional del usuario.

“Para mí fue como un poco una captura, yo no busqué el sistema de salud mental, entonces me pasó que siempre tuve como miedo porque no entendía lo que estaba pasando y trataba de entender pero mientras más trataba de entender sentía que más atrapada estaba” – Melisa, 39 años

“Era una relación confusa, porque primero fue impuesta, pa mi fue como un poco una captura, yo no busqué el sistema de salud mental entonces me pasó que siempre tuve como miedo porque no entendía lo que estaba pasando y trataba de entender pero mientras más trataba de entender sentía que más atrapada estaba” - Melisa, 39 años.

Existen otros casos en los que se describe la relación terapéutica como un enfrentamiento constante, en el caso de Adrián, él describe que durante la consulta se encontraba siempre a la defensiva y a la vez buscando resguardarse del control que sentía que el psi-profesional busca ejercer. Esto lo liga a su conocimiento previo acerca de teoría social y filosofía, que lo llevaban a tener una visión crítica de la psiquiatría. En ese sentido, se puede afirmar que en su caso, esta información previa lo ayuda a escudarse y equilibrar en cierta medida la asimetría en la consulta.

“La verdad es que siempre fue violento. Siempre fue como de imposición de defenderme, porque justamente como que ya había leído a Foucault y cachaba ciertas cosas, como que decía “no me van a controlar” y siempre fue una posición desafiante.” – Adrián, 30 años.

“Y bueno, al menos es como ‘suerte’, si le dices intelectualmente algo, a mi me miraban de otra manera, para mi siempre fue como ‘mira yo no creo en estas cosas’ ‘¿qué es la realidad?’, siempre tiraba esas cosas y sí, siempre fui a pelear.” Adrián, 30 años.

Por otro lado, en el mejor de los casos, existen entrevistados que describen las prestaciones recibidas como una pérdida de tiempo o una instancia poco provechosa, de la cual si bien no lograron rescatar cosas positivas, tampoco sintieron haber sido explícitamente violentados.

“Si tuviese que etiquetar la experiencia que tuve en todos estos años desde profesionales de la salud mental, etcétera, todo ese tema y de los grupos que debieron ser grupos de apoyo diría totalmente insuficiente, insuficiente sino nula” – Samuel, 30 años

“Pero durante todo ese período, esos meses en que yo lo comencé, iba a su consulta y estaba ahí una hora sin hablar yo pensaba po, decía “a qué vengo, por qué estoy yendo, en qué me está ayudando” y yo comencé con mi propio proceso interno.” – Valeria, 53 años.

Además, se ha constatado una falta de respeto a la autonomía del usuario, en algunos casos se han descrito situaciones en las cuales dentro del contexto de la atención psiquiátrica las personas han sido expuestas a terceros sin su consentimiento. En su mayoría, estas situaciones ocurren cuando los psiquiatras buscan darle uso a su consulta como una instancia de formación para estudiantes. Esto es descrito por los entrevistados como episodios violentos, invasivos y que suscitan tanto confusión como rabia.

“Me hicieron entrar en uno de esos días a una habitación donde habían como diez personas yo creo, y yo sentada en un sillón y me hacían preguntas y yo contestaba lo que más podía nomás (...) Yo no sé si eran alumnos o eran psicólogos o psiquiatras del mismo hospital, lo que sí que es super invasivo es que a una persona que recién salió de una catarsis, de electroshock, de muchas cosas, la pongan en una sala con muchas personas a hacerle preguntas. Es muy invasivo.” - Galaxia, 31 años.

“[fue una] muy mala experiencia desde el principio, porque me hicieron entrar a un, sin decirme nada, me hicieron entrar a un auditorio que estaba lleno de batas blancas, como conejillo de indias ahí, en el escenario. (...) entonces yo les dije que yo no, a mi no me habían avisado, no me habían consultado y que por lo tanto yo no iba a estar ahí. Y como que me desafiaron, así como que “no, porque esto es parte del tratamiento...” no po, y no y me fui nomás.” – Rodrigo Fredes, 56 años

“Después me volvió a pasar con un médico nomás que me atendió en su consulta y estaba con dos estudiantes y lo mismo, pero ahí tuvimos una pelea más dura, verbalmente” – Rodrigo Fredes, 56 años

A lo largo de la historia moderna de la psiquiatría, los hospitales psiquiátricos se han mostrado como la principal institución en estar relacionada con dicha disciplina. A este respecto, podemos afirmar que más de la mitad de las personas que conforman la muestra de este estudio

han vivido al menos dos procesos de hospitalización psiquiátrica. Si bien algunos entrevistados han sido internados voluntariamente, esta voluntariedad luego se pone en cuestionamiento, como es el caso de Rodrigo, quien reflexiona sobre su paso por procesos de hospitalización, describiendo que si bien se internó de manera voluntaria, no es eso lo que realmente habría deseado. Sin embargo, la psiquiatría muchas veces juega la carta de ser la “única opción”.

En la mayoría de los casos, la experiencia de hospitalización psiquiátrica se recuerda como un evento traumático, que no solo habla de una herida emocional con respecto a la violencia de la que se es víctima, sino también a la violencia de la cual se es testigo. Este trauma es algo que Melisa describe como increíblemente difícil de transmitir y poner en palabras, y que solo podría entender quien estuvo allí. Además, en muchos casos las personas no tienen total conocimiento de cómo funcionan los hospitales psiquiátricos desde la perspectiva del usuario, pues el horror vivido en contextos de hospitalización psiquiátrica se mantiene relativamente oculto en la sociedad, en el caso de Galaxia, ella recuerda que antes de haber estado internada conocía la existencia de los hospitales psiquiátricos, pero no comprendía los alcances que tenía la violencia que se vive dentro de ellos.

“El haber estado encerrada es algo que a ella la dejó traumada, traumatizada y a mi también, pero siempre hay cosas de la historia propia que no pueden traspasarse, yo ni siquiera tengo palabras por ejemplo para traspasarte eso, cachai, te puedo dar pinceladas por aquí y por allá, esta chica teje, yo contaré mi historia, he escrito sobre eso, pero el lugar del encierro es un lugar donde no solo se está sino que uno es testigo, entonces es testigo de ver cómo está de alguna forma, cómo está oculto esto dentro de la sociedad.” – Melisa, 39 años.

“Después de eso como a pesar de la gran cantidad de medicamentos que yo estaba tomando, no se me pasaba este malestar, pasé por tres internaciones que si uno lo mira en el estricto rigor, así documental claro no son internaciones forzadas porque yo tiempo después pedí mi ficha clínica y aparece mi firma ahí, pero si tú me preguntas son internaciones forzadas porque yo estaba tan drogado que yo no sabía lo que estaba pasando y yo de hecho intenté fugarme en una de las internaciones y por eso me echaron, me dieron el alta administrativa. Yo no hubiese querido nunca estar encerrado en una corta estadía, pero así fue.” – Rodrigo Fredes, 56 años.

“Yo no sabía que existía eso po, como que yo no le tomaba el peso a lo que realmente sucede ahí.” - Galaxia, 31 años

También hay quienes no tuvieron un episodio de entrada al campo de la salud mental desde una consulta médica o psicológica, y cuyo primer encuentro con el sistema de salud mental chileno es a través de una hospitalización. Esto puede causar confusión al encontrarse en una situación desconocida, en la cual se es testigo y se vivencian cosas de las que no se tenía noción previamente, y que no pueden ser procesadas en el mismo momento que ocurre, debido a la neblina mental causada por los fármacos y el electroshock.

*“Fue una catarsis como de una semana y la cosa es que después yo me despierto y ya estoy en un psiquiátrico con mis brazos ‘moreteados’, confundida y solo tengo imágenes de... Esa fue mi primera cercanía con el psiquiátrico, estuve en el Horwitz.”
– Galaxia, 31 años.*

“en ese momento yo desperté, no sabía dónde estaba y después con el tiempo empecé a entender dónde estaba” – Galaxia, 31 años.

6.1.2 Efectos de la farmacología y procesos de desmedicalización

Además del modelo asilar en salud mental, la gran mayoría de los entrevistados en la presente investigación relata haber consumido psicofármacos como parte de su tratamiento en salud mental. La utilización de fármacos permite que el rango de acción de la psiquiatría sobre la persona supere las murallas del hospital y la consulta, alcanzando la esfera de la cotidianidad.

“En paralelo también tuve un tratamiento psiquiátrico con venlafaxina, paroxetina, clonazepam, clona, alprazolam, bueno muchos fármacos diferentes y finalmente los dejé. Dejé el tratamiento psiquiátrico también al no ver muchos resultados ” – Samuel, 30 años,

“Esa segunda vez que me metí [a terapia] que fue cuando me chantaron el diagnóstico, yo me metí porque estaba ya como el borde, me sentía muy, demasiado

deprimido, sentía que mi vida había fracasado, un sentimiento super fuerte. entonces como que dije ya voy a hablar lo que haya. Y ahí me metí ya de lleno en el diagnóstico y así pasaron los años igual... Como tres años, casi tres años. Tomando de repente caleta de dosis de remedio” – Adrián, 30 años.

En esta subdimensión, se exploran las trayectorias en salud mental de los entrevistados desde los momentos en los que la relación de fuerza que mantienen con el campo de la salud mental desde el lado institucional, en algunos casos, se comienza a notar en malestares relacionados con el cuerpo, siendo este el marcador del inicio de procesos de desmedicalización en la mayoría de los casos. Y en otros casos, se comienza a cuestionar por no tener el efecto esperado en resolver el problema inicial que llevó a los agentes a adentrarse en los dispositivos de salud mental.

El análisis fue ordenado en dos apartados. En el primero “I. Vivir con la psicofarmacología en el cuerpo” se exploran los efectos que han tenido los psicofármacos en las personas entrevistadas, aquellos efectos que se pueden o no notar en el cuerpo y el ánimo. En el segundo “II. Procesos de desmedicalización y tránsito” se evidencian los significados otorgados al abandono de los medicamentos psiquiátricos y, en la mayoría de los casos, de las atenciones terapéuticas.

I. Vivir con la psicofarmacología en el cuerpo

Los psicofármacos, además de su supuesta función terapéutica, conllevan una amplia gama de efectos adversos y su uso a mediano y largo plazo en muchas ocasiones se traduce en el deterioro tanto físico como mental del usuario.

El título de este apartado fue elegido en tanto se pudo constatar una visión común entre los entrevistados, que relatan haberse sentido como “fuera de sí” o como si su cuerpo fuera un cascarón vacío, y que al mismo tiempo este cascarón comienza a demostrar y visibilizar los efectos degenerativos que tienen los psicofármacos. En ese sentido, se ha observado que el uso de estos medicamentos se define por los usuarios como una forma de poner su bienestar físico como moneda de cambio para mantenerse emocionalmente estables, pero se repite en los relatos el que eventualmente su uso se vuelve insostenible.

Los efectos causados a mediano plazo por los psicofármacos en el cuerpo se van acumulando y, con el tiempo, muchos de los efectos producidos por las drogas psiquiátricas son

irreversibles. Además, en muchas ocasiones estos efectos, como movimientos involuntarios, dificultad para hablar y para concentrarse, y salivación descontrolada, son confundidos con manifestaciones propias de la enfermedad mental diagnosticada.

“Yo estuve ocho años, después de los cinco años [se empezaron] a juntar un montón de malestares, de problemas reales físicos, cognitivos, sociales que produce la medicación psiquiátrica” – Rodrigo Fredes, 56 años

“Arrastrar los pies, babear de pastillas, haber estado amarrado, haber quedado en el caso mío tartamudo como seis meses por la sobredosis de neurolépticos que me dieron, qué se yo, más todos los problemas cognitivos, disfunciones sexuales, todo eso que a uno le pasa po.” – Rodrigo Fredes, 56 años

“Resultó que como se me había alterado el sueño una vez no pude ir a buscar la Risperidona al Salvador. Entonces comenzado el mes después de haber dejado de tomar la droga empecé a hacer lo que había dejado hacer, y vuelvo a donde la psiquiatra y le digo ‘sabe que me pasó esto, esto’, y ella me dijo que tenía que volver a tomarla, y volví a tomarla y empezó a los cuatro meses lo mismo, y entonces dije ‘ya esta hueá no me sirve’.” – Mateo, 59 años.

II. Procesos de desmedicalización

“Cuando decidí desmedicalizarme fue porque estaba muy dañada, estaba con un parkinsonismo que era un movimiento completo de mi cuerpo desde los pies a la cabeza, mi cuerpo completo temblaba, el neurólogo me dijo que era algo irreversible, que yo no podía dejar de tomar la cantidad de pastillas que tomaba porque si lo hacía el daño iba a ser peor porque yo ya tenía dañada una parte de mi cerebelo, una parte del cerebro, eos me dijo el neurólogo” – Melisa, 39 años.

“[también] fue el tema de lo que podía hacer, o sea ya no podía hacer, porque yo de ser una dibujante, una pintora, ya no podía hacerlo y si lo hacía temblaba todo. Me había quedado tejer y tejí y tejí mucho, pero también me estaban costando más cosas, por ejemplo mis pies, no podía desplazarme bien y llegué a pesar más de xxx kilos, (...) me vi con 37 años y en un nivel de salud como que ya no era, no había congruencia

entre decir que me estaba sanando sino que estaba peor de como partí, estaba enferma de verdad y con evidencia.” – Melisa, 39 años.

Los efectos adversos percibidos pueden desincentivar el uso de psicofármacos en el usuario. Pese a ello, los profesionales de los distintos dispositivos de salud mental no cuentan con la preparación ni voluntad para acompañar a sus pacientes en un proceso como el de desmedicalización, por lo cual la mayoría de las personas que decide desmedicalizarse (es decir, discontinuar el uso de psicofármacos), debe enfrentar el proceso por sus propios medios.

*“Hablé con él y le dije que quería dejar los medicamentos y por supuesto me dijo que no, me metió mucho susto, que me iba a descompensar, que yo sabía lo que me pasaba y yo ya estaba firme, le dije que lo iba a hacer igual, con él o sin él, y ahí bueno se ablandó, entre comillas se ablandó y me dijo que partiéramos por lo más sencillo, qué se yo, por uno de los cuatro medicamentos que yo tomaba. Pero la verdad es que a los, yo creo que eran tres meses que fui con él, me di cuenta que él no sabía hacerlo, no tenía, se notaba, no estaba seguro de lo que estaba haciendo ni nada y tampoco le interesaba porque no es lo de ellos po, a ellos no les enseñan a hacer eso, pero yo tenía que pagarle cuarenta lucas, en esa época, cuarenta mil pesos por cada sesión po entonces era un negocio redondo para él, así que le dije que no iba a seguir yendo”
– Rodrigo Fredes, 56 años*

“La verdad es que definitivamente dejé de tomar. Y este gallo me dijo ‘no, no podemos, yo no puedo atenderte porque tú no estás tomando nada, ningún medicamento.’ (...) Y ahí yo empecé a buscar alguna posibilidad de gente que estaba diagnosticada próxima, digamos vecinos, y hablé con dos, a quienes conocía, y ellos me dijeron que no po’, y yo les decía como formar un grupo de autoayuda, de apoyo, pa’ ir sabiendo que le he pasado a uno y todas la cuestiones, pero me dijeron que no.” – Mateo, 59 años.

Debido a lo anterior, los ex usuarios de dispositivos de salud mental que buscan dejar los psicofármacos deben hacerlo de manera intuitiva y corren el riesgo de sufrir efectos de abstinencia. En ese sentido, enfrentarse a la desmedicalización sin información y sin grupos de apoyo puede resultar intimidante, esta es una de las razones por las cuales la gente se queda dependiente a un fármaco.

“La psiquiatra desde las medidas químicas pero buscando una corrección, siempre (...) los diez años tomé al pie de la letra todo, yo era de las que aceptaba todo, si me decían 120 miligramos de esto, ¿3 pastillas de 400? Dale, te creo, te compro todo, todo. Y las dos veces que interrumpí esa aceptación digamos, ese compromiso, esa voluntad a creer y a tomarme las pastillas, las dos veces que lo interrumpí lo hice de golpe y las dos veces terminé encerrada en hospitales psiquiátricos ” – Melisa, 39 años

“Quería dejar la pastilla pero nadie me dejaba” – Melisa, 39 años.

“Yo tendía a dejar las drogas, pero después me daba miedo porque perdía el sueño, o bien la dependencia de no saber cómo tomar individualmente o personalmente ese tema, prefería depositarlo en otro y que ellos se hicieran cargo.” – Mateo, 59 años.

Dentro de los psicofármacos que se nombran en los relatos, lo que más se repite son las benzodiazepinas e inhibidores selectivos de la captación de serotonina (conocidos como antidepresivos). Estos fármacos, sobre todo aquellos cuyo comercio está regulado por la ley de psicotrópicos, pueden ser considerados sustancias adictivas que alteran tanto el cuerpo como la personalidad de los usuarios. Al ser consideradas sustancias adictivas, su discontinuación conlleva síntomas de abstinencia y resaca en el cuerpo, los cuales se describen como extremadamente difíciles de sortear. A este respecto, la mayoría de las personas entrevistadas describe el proceso de desmedicalización como muy complejo, con altos y bajos, y sobre todo marcado por el sufrimiento de los síntomas de la abstinencia.

Muchas veces, como ya se mencionó, los psiquiatras tratantes de las personas entrevistadas se negaron a acompañar y guiar el proceso de desmedicalización. Las razones que se dieron para ello era la complejidad de dicho proceso, pero también la idea de que el malestar producido por esa “abstinencia” iba a ser un estado permanente del cuerpo si se deja el fármaco, desincentivando así la discontinuación del psicofármaco y cronificando la idea de enfermedad.

“Lo pasé muy mal, porque pasan cosas po, nadie que haga ese proceso de dejar una droga, porque son drogas y tú estás depen... Dependes de las drogas, físicamente, químicamente y psicológicamente, obviamente va a haber un síndrome de abstinencia po, entonces a pesar de que lo pasé mal y en algún momento pensé que la había

embarrado, que por qué lo hice, que no debería haberlo hecho, que debería volver a tomar, resistí, resistí, no fui al psiquiatra y no volví a tomar más drogas y en mayo pasado cumplí ocho años libre de drogas psiquiátricas” – Rodrigo Fredes, 56 años

La palabra “desintoxicación” se repite mucho en los relatos sobre el proceso de desmedicalización. Esto lo interpretamos como una ruptura con la idea inicial que tenían los entrevistados al entrar al campo de la salud mental. Entonces, en determinado momento los psicofármacos dejan de ser vistos como remedios que les ayudarán a “sanar”. En contraste con lo anterior, la idea de sanación que se busca con la desmedicalización está basada más bien en desprenderse de esos químicos que en algún momento se vieron como una salvación y que, en determinado momento y por determinadas razones, se vuelven el quid de la enfermedad y degeneración del cuerpo.

“[la desmedicalización] es un proceso de sanación, de desintoxicación (...) yo no puedo ver mis órganos, yo sé que no los puedo ver, pero he sentido mis procesos, (...) porque hay consecuencias que claro, para las que he tenido guías, un naturópata que lo veo hace dos años, trabajo también con un médico familiar que me ve lo de la tiroides, pero son daños contundentes. Son daños que– yo aún no menstruo, o sea, menstrué como en abril, y después estuve todos estos meses y así, porque mi sangre está débil, aún tengo un tipo de anemia, aún tengo la musculatura floja en muchas partes, entonces es un trabajo como de hormiga, como ponerle bueno cada día pero... Pero sí, soy una persona que estuvo muy dañada.” – Melisa, 39 años.

A partir del análisis realizado se han distinguido dos términos que utilizan los ex usuarios del sistema de salud mental para referirse al proceso de abandono del mismo. En primer lugar, la “desmedicalización”, de la cual se ha hablado hasta ahora, refiere a la discontinuación del uso de psicofármacos. Esta se distingue de la “despsiquiatrización”, pues esta última implica también dejar de pensarse desde el prisma de la enfermedad. En general, entre las personas que conforman la muestra de la presente investigación, ambos términos se usan de manera intercambiable. De todas maneras, resulta importante hacer esa distinción analítica pues existen personas ex usuarias de la psiquiatría que pese a haber pasado o estar pasando por un proceso de desmedicalización, continúan pensándose como enfermos mentales que necesitan sanar. La idea que se persigue en el colectivo Autogestión Libre Mente es dejar de lado también las etiquetas patologizantes.

“Agarré la decisión de desmedicalizarme, también despsiquiatrizarme, sacarme el diagnóstico, bueno eso fue como lo más sencillo entre comillas racionalmente (...) había dejado el clona que fue súper violenta la desintoxicación, yo tomaba como 5 miligramos de clona diario y después me chantaron como 150 de quetiapina y no se que mas entonces sentís todos los efectos culiaos y ahí fue como “ya chao” y justamente un par de meses después llegué a Libre Mente” – Adrián, 30 años

“Ha sido un hecho de volver a uno mismo, o sea volver a uno mismo en el sentido de quitarse el malestar asociado con los diagnóstico y con las pastillas y afrontar el malestar de base con otra perspectiva, entonces son procesos igual largo también súper largo también de cómo de tener paciencia, conmigo mismo, de repente entender los ciclos entenderlos o realmente no entender, pero bancarlo igual, no solo bancarme a mi sino al mundo también. Es un proceso largo.” - Adrián, 30 años.

“Ahí uno descubre cómo funciona eso y empieza a abrir los ojos y entonces una etapa puede ser desmedicalizarse, reducir o dejar las drogas psiquiátricas, despsiquiatrizarse, deconstruir esa identidad de paciente, de bipolar, de esquizofrénico, de borderline, lo que sea. Des institucionalizarse, empezar a pensar cómo funcionan las instituciones estas totalitarias y de poder y cómo uno se relaciona con ellas y así po consecutivamente “ – Rodrigo Fredes, 56 años

“La desmedicalización la he significado o re significado como con una locura espiritual, me he podido aproximar como a procesos de sanación, de desintoxicación, con todo el cuidado y la delicadeza que me he podido permitir, esa ha sido mi vía.” – Melisa, 39 años

6.2 Dimensión significados otorgados a la participación dentro del colectivo Autogestión Libre Mente

6.2.1 Sobre los primeros encuentros con el colectivo

Como se adelantaba en el apartado anterior, a partir del análisis de los relatos entregados se observa que formar parte del colectivo no solo implica cuestionar a los fármacos, la psiquiatría o al sistema de salud mental. La participación en Libre Mente también significó para las

personas entrevistadas lograr entenderse a sí mismas de manera distinta. En esa línea, los participantes del colectivo logran desembarazarse de la etiqueta de “enfermo/a” a través de la cual se definieron e interpretaron sus propias experiencias durante años.

También se ha identificado que la participación en el colectivo contribuyó a poder desaprender ideas que en algunos casos llevaban tanto tiempo asumidas como verdad, que se hace muy difícil identificar su origen en la historia personal y trayectoria. El proceso de transitar identitariamente desde reconocerse como “paciente” y “usuario” a utilizar en su lugar las etiquetas “loco” o “sobreviviente” tiene una carga simbólica importante, pues conlleva el ejercicio de resignificar toda la experiencia previa a partir de esta nueva mirada, lo cual se vive como un proceso de aprendizaje y cuestionamiento constante.

I. Caminos que llegan a Libre Mente

En este segmento categorizamos las diversas razones que llevaron a las personas a acercarse a colectivo Autogestión Libre Mente. Estas razones se presentan como muy variadas, para empezar, dentro de la muestra hay personas que estuvieron desde el inicio del colectivo y que forman parte de los miembros fundadores del mismo:

“En algún momento yo me di cuenta que había sido engañado, que lo que me habían dicho era mentira (...) y cuando yo terminé el proceso de la desmedicalización, no inmediatamente pero digamos, fue una idea que empezó a surgir en el momento en que la estaba desarrollando y cuando terminé yo pensé po, qué hago con esta experiencia” – Rodrigo Fredes, 56 años

“[mi compañero] dejó las pastillas, empieza a conformar este grupo “Libre Mente” y yo a veces lo iba a buscar al grupo, y de pronto, había pasado un año de libremente, un año y medio y yo comienzo ir también a las reuniones y ahí me siento libre por primera vez en mi vida, o una de las primeras veces en mi vida, yo me siento libre, porque había encontrado a mis pares, había encontrado mi gente, a mi manada, por fin estaban ahí, por fin yo podía ser yo, veía gente que yo hablaba y no se ría de mí.” – Valeria, 53 años

“En Libre Mente comenzaron a haber, a hacer actividades como abierta digamos, entonces me acuerdo que una de las primeras actividades que fui, que la organizó el colectivo, fue un monólogo de teatro que lo hizo una chica loca que venía de Bolivia.

Y como venía de Bolivia, y como hacía teatro, se contactó con libremente, como era loca supo de libremente y quiso hacerlo allá en el espacio donde nos juntábamos, una presentación. Y yo me acuerdo que fui, súper entretenida y ahí conocí algunas miembras, miembros del colectivo y me acuerdo que invité a una amiga loca también, que ella se viste estrafalariamente y no la miraban raro, porque yo me paseo con ella en la calle y todo el mundo nos mira y más la mira ella, pero libremente no, libremente... Y yo podía ser como yo quisiera, conocí a otras personas de Libre Mente y me encantó, me encantó el espacio, me encantó el grupo.” – Valeria, 53 años

También personas a las que el colectivo les fue recomendado por un cercano:

“Mira, yo llegué porque un amigo que es psicólogo, al verme tan complicada con el tema de que yo estaba con parkinsonismo, con disquinesia, que quería dejar la pastilla pero nadie me dejaba, dijo ‘meli anda a hablar ahí porque hay algunos testimonios en un libro que se llama Por el derecho a la locura que creo que te pueden venir bien y quizás ahí puedes saber mas de esto’. Y fui y supe el testimonio de otras personas que habían atravesado la desmedicalización y me atreví, esa misma noche empecé a dejar las pastillas, empecé a dejarla de a 200 miligramos, el litio, carbonato de litio y claro, en Libremente se daba algo que era favorable para mi, se dio algo y conmigo también, como que me involucré con las personas, con las historias de las personas ahí y también algo me permitió atreverme a recuperarme, si eso es, como que dije “ya, me recupero” y la desmedicalización la hice en 9 meses

E incluso algunos que llegaron por mera casualidad:

“Llegué a Libremente, en un evento que hicieron en Facso, en el lanzamiento del libro por el derecho a la locura.

Siempre he tenido una opinión disidente, hay momentos en que he querido confiar, pero siempre he tenido impresion como de cómo alguien puede juzgar la normalidad y la razón tan exaltada frente a otras emociones, también vivir para puro producir, entonces ya venía como de base como con una parada media anti-psistema. Y claro cuando se dio el encuentro como que encontré a mi gente.” – Adrián, 30 años

“Dentro de estas intermitencias [de la terapia], si no me equivoco el 2016-2017 es que di con ellos [Libre Mente], porque yo tenía una militancia política en ese entonces y el colectivo en el que yo estaba, hacían sesiones en la librería de Proyección y ahí también ellos hacían sesiones. Y ahí es como un poco por coincidencia di con ellos y empecé a asistir para las sesiones a las reuniones y a las actividades extra que se hacían.” – Samuel, 30 años.

“Yo andaba dando vueltas en una micro, andaba desesperado (...) y vi un amigo que había conocido en el hospital del Salvador, y me bajé de la micro y me acerco a él. Le dije que andaba con una idea de formar un grupo y él no quiso, y él me contó que había ido a una reunión que era Libre Mente. Después yo volví en junio, julio del 2015 que fue la primera marcha del orgullo loco, y ahí empecé a asistir a reuniones con mayor regularidad y tener la experiencia de Libre Mente, de pura casualidad.” – Mateo, 59 años.

II. Primeras impresiones sobre el colectivo Autogestión Libre Mente

En general, las emociones que suscitan los primeros encuentros con otros compañeros del colectivo son positivas. En primer lugar, se repite la sensación de estar llegando a un lugar donde al fin se encaja con los demás, varios relatos de la muestra describen este momento como el momento en el cual encontraron su tribu.

El espacio ofrecido por el colectivo se vuelve como un refugio para algunos y hay quienes lo describen como el primer lugar con el cual han podido establecer un sentido de pertenencia, luego de una vida entera de sentir que se está solo y aislado. Luego, también se describe entre las primeras impresiones que se tienen de las reuniones del colectivo una sensación de alivio al escuchar los relatos de otras personas psiquiatrizadas y poder constatar a través de dichos relatos que no se está solo, pues existen más personas con experiencias similares, que además están dispuestas a compartir su conocimiento y herramientas.

“Fue bacán hallarme con gente que sentía algo parecido a mi como que en verdad no estaba mal. Conocer a gente como en la misma, cuestionando todo (...) hallar a la gente que estaba en esa también, sobre todo como cuestionando la posición de autoridad de los psiquiatras y los psicólogos [de] decir ‘ya esto es normal, esto no es normal’, (...). Aparte que siempre desde chico me vi atraído por los temas de la locura,

la misma idea de la razón, entonces era el espacio que esperaba. O sea, que me era más afín.” – Adrián, 30 años.

“Como su nombre lo dice, [son] muy abiertos, muy libres de mente y muy libremente y esa parte que yo siempre, yo me había negado a mí misma, porque siempre yo tenía que estarme frenando para que no se rieran de mí, para que no me miraran así como la rara, la loca. Ay, fue un alivio, fue un descanso, porque por fin podía ser yo, por fin podía decir lo que yo quisiera, moverme como yo quería y sin que me vieran mal y ver a otras personas como yo, pero desenvolverse de otra manera, entonces eso para mí fue un alivio muy muy grande.” – Valeria, 53 años.

“Me ayuda a comprender el otro y otro tipo de temas también, otro tipo de situaciones que se dan en el marco de la psicología y la psiquiatría, de lo que son las crisis personales y bueno salir un poco del foco de uno mismo porque en realidad es un tema también. Porque yo bueno, por las razones ya comentadas, en general tiendo a pensar que yo he sido casi que la persona que peor lo ha pasado y no, en ese momento pensaba así y no era tan así. Y eso creo que lo rescato como un aprendizaje también importante.” – Samuel, 30 años.

También se reiteró en los relatos de los participantes del estudio que el momento de comenzar a asistir a las reuniones del colectivo se vuelve también el momento en el que empiezan a tener una serie de cuestionamientos que antes no tenían, sobre cosas que previamente daban por sentadas. En esa línea, la participación en Libre Mente se caracteriza también por el cese de la legitimación a la lógica interna del campo de la salud mental, abriendo la puerta a cuestionamientos sobre la psiquiatría como disciplina moralizante e individualizante y sobre la locura como una forma de identidad. La idea de la locura como identidad será profundizada más adelante.

“Primero fue curarme de espanto, así, fue como ya? o sea, yo estoy enferma, pero qué pasa si hay más enfermos, entonces somos un grupo de veinte personas que estamos enfermas pero igual podemos tener una libertad en torno de nuestra enfermedad entonces el comunicar, el ir como escuchando y el ir como contando yo también mi historia e ir saliendo de estos prejuicios morales por los que me tenía capturada la salud mental, fue como desnudarme y también sentir que otros estaban desnudando

su historia con el propósito de liberar esto, que era más que, ahora yo me doy cuenta es un nivel como de criterio moral que la sociedad impone (...) También vi por un lado, vi arte, vi a creadores y creadoras, las reuniones siempre tenían ese matiz como de las emociones a flor de piel entonces no había tanto tapujo intelectual como gobernando el espacio y eso es lo, me daba agrado, me daba mucho agrado.” – Melisa, 39 años.

“Marcó cierta diferencia en mi vida, porque la verdad es que nunca, en los ambientes lo que yo estaba, a pesar de todo lo que me pasó, siempre ha sido muy de normalidad, normalizar, o sea, no se habla en estos temas en general la gente no pasaba por cosas así sinceramente, o que yo supiera. Eh, sobre todo el tema del bullying y todo eso de mis cercanos no era no era la situación, de los pocos cercanos y de mis propios hermanos tampoco.

Entonces creo que conversar o estar con personas que han pasado por momentos difíciles, me hizo a mí poder agarrar fuerza de alguna parte y decir ‘bueno, algo hay que hacer por uno, pero también por todos y también por todos y también por todo’” – Samuel, 30 años.

Una de las personas entrevistadas, cuyo relato se distingue de los demás, recuerda que sus primeros acercamientos a Libre Mente ocurrieron cuando miembros del colectivo la ayudaron, tanto a ella como a su familia, a salir de su situación de psiquiatrización. Galaxia (31 años) relata haber vivido episodios de violencia y vulneración de sus derechos como parte de su hospitalización psiquiátrica y recuerda que fueron miembros de Libre Mente quienes la ayudaron a empoderarse y poder salir de la situación en la que estaba.

En conjunto con el colectivo, Galaxia describe que comienza a aprender más sobre la experiencia que vivió dentro de ese hospital psiquiátrico. Como ella no tenía muchas nociones previas sobre el sistema de salud mental antes de haber estado internada, las reuniones del colectivo son para Galaxia instancias de aprendizaje y descubrimiento constante. Por otro lado, recuerda sus primeras reuniones de Libre Mente como un espacio acogedor donde la aceptaron tal cual era, un recuerdo que durante la entrevista la sensibiliza y sobrecoge, debido a que la conecta con experiencias previas de abandono, de migración y de separación que han marcado distintas etapas de su vida.

“Me ayudaron de cierta manera, como que le dieron información a la familia con la que yo estaba (...) entonces ellos como que hicieron las conexiones para yo empoderarme de cierta manera y poder salir de ahí” -Galaxia, 31 años.

“Es super complejo haber tenido esta catarsis y después hago mi vida de nuevo (...) fue todo un proceso en que me ayudaron caleta, yo iba a las reuniones y ellos conversaban y yo dibujaba, anotaba las cosas importantes... Qué extraño recordar esto, me emociona.” – Galaxia, 31 años.

Por último, se puede agregar que existe un caso de la muestra en el que al comenzar a participar del colectivo se busca proceder con cautela. Esto debido a que su trayectoria de vida previa había sido atravesada por ciertas experiencias en las cuales había sentido una pérdida de su individualidad a través de la participación de una colectividad.

“También me pasaba que como yo había sido cristiana y había estado cinco años metida en una iglesia (...) me pasaba eso con las comunidades (...) no quería que Libre Mente se convirtiera en eso, pero me gustaba, me gustaba mucho conversar, hablar, aprender” - Galaxia, 31 años.

III. Representaciones sobre las reuniones

En este apartado, exploramos el significado que le dan los participantes del colectivo a las reuniones semanales, en torno a las cuales funciona el mismo.

Vivir con problemas de salud mental resultó ser, para muchos de los entrevistados, una experiencia individualizante, debido al estigma asociado a los diagnósticos psiquiátricos y a los propios mecanismos del sistema de salud mental que, como hemos observado, tiende a individualizar el malestar subjetivo, despertando sentimientos de inadecuación, soledad y abandono. En razón de aquello es que la comunidad se vuelve una figura importante, a través de la cual se logra superar la barrera de marginalización social presente en los procesos de psiquiatización. Encontrarse con pares que han pasado por experiencias similares puede, además, resultar refrescante para alguien que está tratando de alejarse de las relaciones verticales y asimétricas, así como de la hipervigilancia que suele encontrarse en los dispositivos de salud mental.

“En las reuniones habían diferentes compañeros que contaban su experiencia y por lo que estaban pasando y claro, eso igual me hizo, a pesar de que yo he tenido una experiencia de vida bastante ruda, pero yo también claro, reconozco que hay personas que están pasando por cosas más complicadas y que tampoco tienen grupos de apoyo hoy.” – Samuel, 30 años.

“Libre Mente es una expresión de, cómo decirlo, no es académico aunque llegan muchos estudiantes a solicitar o pedir entrevistas, pero Librementemente no tiene nada que ver con la Academia. Cómo decirlo, es raro. (...) es más de mente libre, en el sentido que tú puedes expresar cualquier cosa ahí, cualquier tema, temas personales” – Mateo, 59 años.

“Empecé a escuchar las historias de cada uno, era bacán de repente estar ahí, tienes la sensación de que es un espacio donde uno no tiene que mejorar sino que hasta cierto punto uno puede ser... Es como un descanso del sistema de que tienes que mejorar (...) Y es cuático conversar en horizontalidad, no había alguien así como ‘yo tengo la palabra, yo tengo el conocimiento acá, yo soy el experto acá’, era bacán y creo que sigue siendo bacán.” – Adrián, 30 años.

Compartir y colectivizar el malestar también surge como una vía para politizar esa experiencia, generando un discurso y visión crítica en torno a ella. Para todos los entrevistados resulta revelador entender que las experiencias vividas dentro del campo de la salud mental responden a estructuras más amplias y no son anécdotas aisladas en su biografía particular.

“Me llamó la atención mucho y creo que de eso se trata un poco el tema de, porque creo que Libre Mente es también, además de un colectivo, una suerte de grupo de apoyo y de solidaridad; Como tratar de salir todos juntos de algo, no uno solo, y a la vez ver que hay más personas en un camino que es difícil y que eso te puede aportar experiencias, puede aportarte datos, puede aportarte una idea de cómo afrontar tu propio problema, todas esas cosas.” – Samuel, 30 años.

“Libre Mente es más político (...). Yo siempre tendía a decir antes que Librementemente es político sin querer serlo, es terapéutico sin querer serlo, es deportivo, social, cultural

y todo sin querer serlo, porque de repente hay reuniones que se dan en un plano u otro.” – Mateo, 59 años.

A través de la participación en Libre Mente las personas logran colectivizar y politizar su malestar y en ese proceso van tejiendo un sentido de comunidad, que emerge en oposición a las lógicas individualizantes que caracterizan la práctica psiquiátrica convencional.

Al mismo tiempo, se genera una reflexión y resignificación sobre lo que implica para cada uno la salud mental. Se deja de significar la idea de “salud mental” como prestaciones, psiquiatría y/o medicamentos y, en su lugar, se asienta la idea de que la salud mental está expresada en la conformación de esta comunidad.

Luego, se identifica también que las personas logran encontrar satisfacción y alegría al notar los cambios y mejoras de sus compañeros una vez estos se van apartando progresivamente del modelo biomédico de salud mental.

“Bueno la acción hormiga también de estar ayudando a les compas, con sus procesos, escuchándolos, compartiendo, ayudándoles con cosas, como ‘ya, vamos a verte’ o ‘vamos a mover tus cosas para que te cambies de casa’... como esa acción que en verdad es el trabajo hormiga del día a día.” – Adrián, 30 años.

“Ir viendo los procesos (...) pasó un año y uno decía “oh y ya estoy con la mitad de las pastillas que estaba”, [había] otro que no quería dejar nunca las pastillas y otro que decía “oye y como tú lo haces”, y otro “no, es que mira, acá”, “ya” y el chico que hablaba del ayuno (...) [que decía] que a él lo salvó el ayuno y el xxx hablaba del gluten, que había que dejar el gluten, y otros que de verdad la droga los tenía ahí atrapados, si dejaban de tomar la pastilla había un nivel de abstinencia que los perturbaba terriblemente.” – Melisa, 39 años.

“Uno veía llegar a mamás, a pololos, a pololas, [preguntando] “qué podemos hacer con esto, esta cuestión no sirve, pero estamos atrapados, estamos atrapados en el sistema de salud mental”, entonces claro, cuando empezamos a tocar los temas de derechos humanos porque-- Que a una mamá le hayan dicho que a su hija tenían que hacerle electroshock porque era la última carta que podían tirar y uno decía “qué? pero cómo?” y tenías al lado al compañero que le habían hecho electroshock hace tres años y que no había vuelto a poder hablar bien. Entonces todo se juntaba ahí, era

como una demostración también de lo que no servía en lo que estábamos o habíamos estado, pero algo queríamos hacer.” – Melisa, 39 años.

6.2.2 La locura como bandera de lucha

I. Actividades de protesta y acción colectiva en el espacio público

Al estudiar la manera en que los entrevistados significan su participación en el colectivo Autogestión Libre Mente, observamos que si bien su actividad central son las reuniones semanales de encuentro, apoyo mutuo e intercambio de ideas, en torno a las cuales se conforma y articula el colectivo, esta articulación también tiene una salida al espacio público, la cual incluye en su repertorio diversas formas de protesta y luchas simbólicas.

“Las actividades fueron varias en verdad, fueron varias marchas, pegar propaganda, concientizar, repartir propaganda. Ya conversar con personas respecto al tema, publicar cosas también en Internet” – Samuel, 30 años.

“[participé en] Una entrega de una carta a la moneda por el tema del del la desaparición de José Vergara. Y eso fue, (...) y la otra acción fue la ida al Horwitz, la marcha contra el electroshock, participando de conversatorios” – Adrián, 30 años

En este apartado se hará un breve repaso a las actividades organizativas así como instancias de apropiación del espacio público, que se han llevado a cabo desde el colectivo Autogestión Libre Mente y de los que han formado parte las personas entrevistadas en la presente investigación.

En primer lugar, es posible nombrar a la marcha del orgullo loco, que se ha llevado a cabo todos los años desde el 2015. En estas marchas se enuncian diversas consignas de denuncia y crítica directa a diversas prácticas psiquiátricas, como el encierro, contención mecánica, la terapia electroconvulsiva y la sobre medicalización, prescripción de drogas psiquiátricas a niños, niñas y adolescentes, entre otras cosas.

Además de la instancia de la marcha en sí misma, existen instancias de movilización en torno a la organización y preparación de la marcha. Se nombran a este respecto algunos encuentros previos a la marcha, que tienen por objetivo organizarla, publicarla y generar material de difusión y propaganda.

“También, previo a las marchas íbamos a pintar murales, nos juntábamos para hacer afiches, carteles para las marchas, a pintar lienzos, entonces hay una preparación previa que también se hacía” - Valeria, 53 años.

Además de las marchas del Orgullo Loco, se han convocado marchas, concentraciones y movilizaciones por la campaña permanente contra el electroshock, que normalmente se hace a las afueras del Instituto Psiquiátrico Horwitz o del Ministerio de Salud. Estas protestas tienen el objetivo de visibilizar y denunciar la aplicación de la terapia electroconvulsiva en los dispositivos de salud mental del país.

“También entregué volantes de Librementemente y hubo una marcha contra el electroshock que fue bastante buena, que nos pusimos frente al Ministerio de Salud en la tarde, en un día de semana, y me acuerdo que fue bien masivo y con gritos y todo.” – Mateo, 59 años.

También se han llevado a cabo intentos de rescate y liberación de compañeros que se encuentran encerrados en contra de su voluntad en hospitales psiquiátricos.

“Yo en ese momento estaba en una parada demasiado al choque, como de intervenir, de ir a realizar protestas un poco más, osadas, a los psiquiátricos, al hospital al doctor Horwitz, teníamos en aquel entonces a una compañera que estaba internada y yo creía que era bueno apersonarse si a ella le estaban haciendo sesiones de electroshock y cosas así, y el hecho el solo hecho de que le den fármaco y esté contra su voluntad” – Samuel, 30 años

Otra de las campañas permanentes del colectivo es la búsqueda de justicia por José Vergara, joven que había sido etiquetado con un diagnóstico psiquiátrico y que fue detenido y desaparecido por Carabineros de Chile el día 13 de septiembre de 2015 en la comuna de Alto Hospicio. La visibilización y lucha por justicia sobre la desaparición forzada de José Vergara, se ha vuelto parte central del accionar de Libre Mente. Para ello, han generado lienzos, poleras y otros objetos con su cara, también se han realizado actos de presencia y presión a las afueras de tribunales, además de la redacción de una carta al respecto que fue entregada en La Moneda.

“Fueron las campañas, las protestas, las funas y las campañas contra el electroshock principalmente y la campaña también por José Vergara, cada 15 de septiembre, por José Vergara también comenzó a ser una campaña, estuvimos en el juicio cuando fue acá en Santiago la apelación, fuimos, hicimos acto también ahí de presencia los tribunales, siempre ahí, siempre ahí con José Vergara. José Vergara, hicimos un lienzo especial para él, entonces en todas las actividades que íbamos, incluyendo fuera del país, llevábamos lienzo de José Vergara, en todas.” – Valeria, 53 años.

Como otra forma de apropiación del espacio público se pueden contar instancias con connotación de carnaval y festival, en las cuales las personas locas pueden mostrar y enseñar sus diversos intereses y oficios.

“Hubo festivales para las locas y los locos, me acuerdo que hicimos dos en la Usach, le llamamos algo así como “festival de las artes y no me acuerdo qué”, pero los que cantaban eran locos, los que cocinaron eran locas y locos, los que hicieron talleres eran locos y locas y los que fuimos éramos locas y locos.” – Valeria, 53 años.

II. Relevancia del apoyo mutuo y el encuentro entre pares

Uno de los factores a los que los entrevistados otorgan mayor relevancia, en cuanto a las herramientas y aprendizajes que les ha dejado su participación en Libre Mente, es la centralidad que debería tener, ante todo, el encuentro entre pares. Esto se puede enmarcar en su fuerte crítica al sistema de salud mental como un dispositivo que individualiza un malestar que en muchas ocasiones tiene su génesis en lo social. La colectivización de dicho malestar se vuelve una forma de lucha que, según la percepción de algunos entrevistados, tiene más capacidad terapéutica para “sanar” el malestar subjetivo que la psiquiatría y las prácticas que se desprenden de ella.

“Ha salido esa pregunta en conversaciones o en entrevistas por ahí o en presentaciones y yo les digo que me atiendo con un grupo de profesionales que tienen años de experiencia y que trabajan en Libre Mente. Que los locos son mis terapeutas, que yo creo en la cura social, en la cura, la cura colectiva. Y en gran medida eso es así, yo creo que encontrar una tribu, encontrar un grupo, un piño, personas que tienen experiencias similares y que hacen contigo un camino también juntos, eso es sanador”
– Rodrigo Fredes, 56 años

“No hay nada más tranquilizador, nada más esperanzador que colectivizarse” – Rodrigo Fredes, 56 años

“Yo rescato lo que es el apoyo mutuo de entender las perspectivas de otras personas, entender los problemas de otras personas, entender que uno no está solo. Cosas que parecerían muy entendibles en general, pero yo no tenía experiencia con ningún grupo de apoyo en mi vida, esa es la verdad y ahí se encuentra apoyo, es cierto.” – Samuel, 30 años.

Este vuelco a lo colectivo es interpretado como una crítica al sistema de salud mental en particular y también al sistema neoliberal en general, vinculando los problemas de salud mental a diversas formas de explotación y violencia que tienen su base en dicho sistema.

Se plantea a la locura, al encuentro entre pares y a la acción de hacer comunidad, no solo como una forma de elaborar una crítica amplia al sistema, sino también como una forma de ser que se lleva en el cuerpo, un modo encarnado de ser y de sentir que tiene el potencial de abrir la posibilidad nuevas formas de vida que le hagan sentido a este modo de ser, sentir y vivir en sociedad.

“O sea, hay varios elementos, primero que todo darme cuenta de que lo que me pasaba a mi es un problema sistémico, es un problema sistema, de desigualdad de explotación, y no solo a mi, le pasa a mucha gente más y le va a pasar a mucha gente más, pero es cuatico de estar ahí no individualizado y no diagnosticado. Expresando el sentir frente a lo que pasa, las distintas violencias.” – Adrián, 30 años.

“Cuando tú te juntas con pares empiezas a entender que tu experiencia no es única y eso implica que no es única en el sentido digamos de cómo funciona el sistema, cómo llegan las personas ahí, cómo se mantienen ahí, entonces ahí uno descubre algo que va más allá de lo individual, a pesar de que a uno le quieren decir que es un problema individual, que te falta esto que te falta lo otro, entonces uno dice ya, esto es una cosa colectiva y si es una cosa colectiva entonces aquí detrás hay una política, hay un sistema que crea esto, lo organiza y lo mantiene, lo financia, lo difunde, lo perfecciona y ahí están todos los otros intereses” – Rodrigo Fredes, 56 años

“La importancia del apoyo mutuo, de compartir con otros de tu misma especie, de tu misma manada, de tu mismo grupo y sea del tema que sea (...) Yo creo que el tema del apoyo mutuo, el apoyo entre pares es fundamental en el tema de la locura para no enfermarte realmente, porque para mí la verdadera enfermedad es cuando tú entras y el psiquiatra te da pastilla o te interna, ahí tú comienzas a estar enfermo, antes de eso tú eres simplemente, eres. Estás destrozado, estás desarticulado, pero eres tú, eso es lo que eres tú y eso es lo que tú mismo puedes transformar, cambiar como tú quieras. Entonces el apoyo mutuo, el apoyo de los pares, el conversar con personas que sienten como tú, vibran como tú, están en tu mundo es fundamental en el caso de las personas locas, para que no caigamos en psiquiatrización, en la muerte incluso, por medio de los fármacos psiquiátricos, en no tener vida.” – Valeria, 53 años.

“Entonces el apoyo mutuo para mí es una base muy, muy importante y es lo primero que se debería decir, es lo primero que se debería sugerir antes que psicólogo, antes que psiquiatra, antes que familia, antes que cualquiera de esas cosas institucionalizadas y que son las clásicas, que algunos se le vienen a la mente porque están en la tele y en los libros, en la en la U, sería los pares, buscar a los pares y con los padres construirte y vivirlo como una experiencia de vida de construcción propia, social, cultural, humanitaria, sin prisa, vivirlo, vivirlo como se tiene que vivir como cualquier proceso, no con estigma, no con miedo” – Valeria, 53 años.

III. Construcción de un discurso propio en torno a la locura

A través de lo colectivo, toma lugar una resignificación de la locura como algo positivo, muchos de los relatos ligan la idea de locura con una vuelta a lo esencial de lo gregario, en contraste con la sociedad neoliberal productivista e individualizante.

La significación que le otorgan los participantes del colectivo Autogestión Libre Mente a su locura adquiere diversos matices, en primer lugar, se liga el concepto de locura y la auto identificación con el término “loco” y “loca” a la idea de permitirse simplemente ser, sin verse afectado por expectativas normativas externas.

“Yo creo en la locura espiritual, en eso creo, creo en la locura como una libertad también y creo también en demostrar que la singularidad es una utopía, que en el

fondo tenemos algo que mostrar cada uno en el entorno y que deberíamos restar los prejuicios y también ciertas ideas compulsivas de corregir” – Melisa, 39 años.

“Otra compañera de Libre Mente decía que las personas locas tenemos dos corazones y eso me quedó tan grabado. Yo creo que sí es verdad, los dos corazones, que hay gente que tiene dos corazones, o a lo mejor uno es el físico y el otro es del chakra del corazón, no sé, pero que los locos lo desarrollan más, está más ahí.” – Valeria, 53 años.

En ese sentido se describe la locura desde una dimensión espiritual, pero también, como se adelantaba en el apartado sobre la relevancia del apoyo mutuo y el encuentro entre pares, se comienza a entender el concepto de locura como un lugar reflexivo desde el cual es posible generar un cambio estructural. La locura abre un repertorio de posibilidades de gestación de otras formas de vida que se alejen del sistema neoliberal, que no se podrían alcanzar desde una perspectiva “cuerda”.

“Yo creo que el hecho de la locura tiene que ver con el hecho como de mirar más allá de lo que es el mundo productivista y darte cuenta de que muchas veces la irracionalidad y la violencia irracional que se le achaca a la locura no es tal, no tiene base estadística ni de vivencias, es simplemente una creencia, [la locura] tiene que ver también con que por qué hay que vivir para producir, y consumir y trabajar 45 horas semanales y hacer un plan y ganar plata mientras muchas cosas del mundo se van al carajo.” – Adrián, 30 años.

“Y por otro lado que la locura también es una crítica radical al capitalismo, o una de las críticas radicales.” – Adrián, 30 años.

“Yo siempre por mi experiencia, vinculo la locura con la libertad, con ser como una es, ¿ya? sin que exista esta cosa normativa, sin que existan estos parámetros, estos que tú no te puedes salir, este estándar, yo vinculo a la locura con ser como uno es, con tener la libertad de hacer lo que tú quieras, sea lo que sea.” – Valeria, 53 años.

“La veo [a la locura] también como una oportunidad para construir una sociedad más rica en lo que es el espacio espiritual, colectivo, también creo, que tiene que ver

con cómo esta idea de vivir más que de sobrevivir y si no nos entendemos con delicadeza y con cierta integración de lo que es nuestra espiritualidad y la ciencia que tenemos con nosotros, no vamos a poder crecer hacia el nivel evolutivo que deberíamos estar, porque nos merecemos eso.” – Melisa, 39 años.

La existencia de un discurso construido en torno a estas nociones sobre la locura, por supuesto que posibilita un discurso en torno a lo que es ser “cuerdo”, que se deja ver a través de los relatos:

“Yo en ese momento trabajaba, trabajaba como cuerda, me levantaba temprano, llegaba tarde” – Valeria, 53 años.

“Yo quedé asombrada digamos, porque con la gente cuerda tú no te encuentras esas cosas” – Valeria, 53 años. Sobre un acto de solidaridad que presencié de parte de un compañero del colectivo.

“[hay una] parte mía, esa parte anormal, si tú quieres, mía, esa parte que se escapa del sistema eso yo no lo trancé, eso yo no lo traicioné y me sirvió creo yo como para respirar en todo ese mundo en el que yo me movía que me costaba moverme, pero es como lo clásico que pasa hasta que uno explota po, sale la válvula y ya no da más y colapsa, eso.” – Valeria, 53 años.

“Obviamente también sé que estoy como metido en el mundo cuerdo también, cachai (...) el mundo de cumplir jornadas laborales, trabajar, consumir producir estudiar Y siempre bajo una presión creciente. Yo creo que para mí en verdad la locura tiene que ver con todo con la resistencia a ser parte de un engranaje productivo.” – Adrián, 30 años.

Esta concepción que se tiene del “mundo de los cuerdos” o “el mundo cuerdo”, conformado por la gente cuerda, nos ayuda a entender la locura en las dos categorías descritas, una que hace referencia con una forma de ser y sensibilidad diferente, y otra que se configura como una crítica y posibilidad de transformación.

“[la locura es] un tipo de sensibilidad que yo creo que quizás todos los seres humanos nacemos con ella, pero hay algunos tipos de ser humano que tal vez se normalizan, como en la película de Pink Floyd “El muro”, como que se normalizan y encajan y se amoldan a un tipo de ser que es el prototipo humano digamos, y existe otro porcentaje de seres humanos, que yo siento que nunca nos adaptamos, que nos quedamos y desarrollamos esa sensibilidad primera y que a pesar de que sufrimos por ello la sentimos y seguimos en eso, y nos quedamos ahí. Es nuestra razón de ser y buscamos nuestra libertad en eso y a veces el costo es que te internen, te mediquen, eso para mí es el sentir, el ser loco” – Valeria, 53 años.

Luego, la locura en su dimensión identitaria, se entiende como una forma de disputarle a la psiquiatría el poder que ha tenido de definir la subjetividad de las personas locas, en ese sentido, nacen las identidades locas en términos de “activista” y “experto por experiencia”. El ser experto por experiencia, implica relevar la importancia de los saberes sobre la locura que han sido adquiridos a través de la vivencia y que se llevan en el cuerpo. Nombrarse un “experto por experiencia” implica colocar los conocimientos que nacen de esta experiencia en un lugar más importante que los conocimientos disciplinares.

“Esto de los tratamientos, de los diagnósticos y de las pastillas que uno toma, claro cuando uno lo vive como paciente siente que eso es lo que corresponde, eso es lo que hay, ese es el camino que hay que seguir y todo, pero cuando se elaboran estas otras ideas de identidad, como el experto por experiencia, entonces uno aquilata esta vivencia” – Rodrigo Fredes, 56 año

7. Reflexiones finales

La presente memoria de título se planteó comprender los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente a dicho colectivo, a partir de sus trayectorias en salud mental. A partir de ello, se propusieron dos objetivos específicos (1) describir las trayectorias en salud mental de los/as participantes del colectivo Autogestión Libre Mente y (2) explorar las significaciones que le otorgan los/as participantes al Colectivo Autogestión Libre Mente a su participación en el mismo, a partir de dichas trayectorias.

A partir del análisis de resultados se concluye que se logró cumplir de manera satisfactoria el primer objetivo específico, en tanto se generó una descripción de las trayectorias en salud mental de las personas entrevistadas. A partir de dicho análisis, pudimos también mostrar una gran variedad de formas que adoptan dichas trayectorias, así como también distintas duraciones, y pese a esa variabilidad, logramos encontrar puntos comunes que aparecen como hitos en torno a los cuales se van hilando los relatos.

Consideramos que a partir del análisis también se logra cumplir el segundo objetivo específico sobre explorar los significados que los participantes del colectivo le otorgan a su participación. Desde esa exploración fue posible adentrarnos en el universo de significados que le otorgan los participantes del colectivo al mismo y a través de ello comprender que al momento de participar en este espacio de apoyo mutuo y autogestionado, la politización del malestar aporta en el desarrollo de un lente crítico para observar los procesos de psiquiatrización y medicalización que forman parte de sus diversas trayectorias, concluyendo que no es algo que se quiere ver replicado en otros/as. Además de ello, se observó que la participación del colectivo tiene un efecto de resignificación sobre la relación que tienen los participantes consigo mismos.

En ese sentido, con respecto a la pregunta de investigación “¿Cuáles son los significados que le otorgan los/as participantes del Colectivo Autogestión Libre Mente a dicho colectivo a partir de sus trayectorias en salud mental?”, es posible constatar, en primer lugar, que la utilización del enfoque de trayectorias resultó de utilidad para darle respuesta. El comprender los significados que le otorgan los participantes al colectivo a partir de las trayectorias en salud mental nos ayuda a situar contextualmente su activismo y posicionarlo como parte de un proceso de construcción y deconstrucción de nociones a partir de la reflexividad. Además, las trayectorias si bien implican una dimensión temporal, no se postulan como lineales, sino como un recorrido dentro del espacio social, marcado por momentos coyunturales.

Entender la participación a partir de las trayectorias implica un proceso de revisión de las experiencias vividas y nos ayuda a otorgarle sentido a las reflexiones que se desprenden de dicha revisión, entonces, el trabajo de participación desde el colectivo se ha basado en la resignificación de estructuras de pensamiento aprendidas a lo largo de las trayectorias en salud mental.

Un hallazgo inesperado que se pudo constatar en algunas de las entrevistas fue que además de desarrollar discursos críticos frente a la psiquiatría y el sistema de salud mental, la participación en el colectivo Libre Mente contribuyó a que muchos de los entrevistados pudieran hilar esta

crítica al sistema de salud mental chileno con un cuestionamiento más global hacia el sistema neoliberal. En ese sentido, algunos entrevistados señalan que la locura, al ser una forma diferente de experimentar e interpretar el mundo, abre la posibilidad de construcción de nuevos paradigmas o nuevas formas de vida que sean coherentes con sus subjetividades.

Entonces, en relación a lo anterior, podemos afirmar que el colectivo es significado por sus participantes como un potencial transformador que se proyecta en todas direcciones, transformando y reescribiendo las representaciones que tienen los participantes de sus propias trayectorias por un lado. Y por otro lado resignificando y subvirtiendo las relaciones de dominación en el campo de la salud mental a través de diversas instancias de intervención y participación, que les permiten salir del estado de “interdicto” en el que se encontraban. Y, finalmente, lo significan como un punto de partida para la construcción de un sistema distinto, que sea más afable con las diferencias subjetivas.

Además, a través de los relatos acerca de las primeras impresiones y representaciones sobre el colectivo, hemos podido concluir que Libre Mente emerge desde una situación desconfianza y desencantamiento con las diversas instituciones de las que son parte las personas psiquiatrizadas. Al no poder considerar como un lugar seguro el campo de la salud mental, la familia o el entorno laboral y/o académico, Libre Mente se despliega como un espacio seguro y de resguardo que tuvo que nacer y persistir desde la autogestión, frente al abandono del que son objeto las personas señaladas con diagnósticos psiquiátricos en Chile, tanto por parte del Estado como de la familia y comunidad.

A modo de reflexión, se puede afirmar que se ha identificado como un problema que la legitimación acrítica del modelo biomédico como única vía para gestionar las problemáticas de salud mental contribuye a legitimar también prácticas de violencia y vulneración de derechos hacia las personas señaladas con un diagnóstico psiquiátrico. De esta manera, dentro del campo de la salud mental no sólo se validan prácticas inherentemente violentas, sino que además se invisibilizan y eufemizan los tipos de violencia que toman lugar allí a tal punto que socialmente estos hechos de violencia no nos horrorizan. A este respecto, cabe señalar que si bien no deja de ser importante visibilizar las repercusiones médicas, sociales y legales que tienen las prácticas psiquiátricas en la vida de las personas locas, para la presente investigación se ha concluido que debe cobrar mayor relevancia poder realzar el trabajo que llevan a cabo las personas locas al construir y mantener activos espacios de participación como Libre Mente.

En razón de lo anterior, a lo largo de la investigación, se tuvo en todo momento la pretensión de colocar al colectivo Autogestión Libre Mente en un lugar de importancia, no solo porque dentro de ese espacio se logra ayudar a las personas ex usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría a retomar su vida, sino también porque éste se postula como una vía alternativa al modelo biomédico hegemónico.

En virtud de lo expuesto, se considera que a través del desarrollo de la presente memoria de título se logró dar una respuesta a la pregunta de investigación planteada en un comienzo.

En cuanto al aporte que la presente investigación a la sociología como disciplina, la presente investigación se propuso arrojar luces a un lugar muy específico dentro del espacio social y, en particular, del movimiento Orgullo Loco en Chile. A partir del trabajo de investigación pudimos recolectar información que esperamos que pueda contribuir a entender la importancia que adquiere la participación política y las trayectorias en los estudios sobre salud mental. Así, consideramos de suma importancia poder disputar el lugar central que ocupa el enfoque biomédico en la producción de conocimiento y la gestión institucional de las problemáticas de salud mental en Chile.

Podemos destacar que la elección de la metodología cualitativa y la perspectiva de trayectorias para estudiar problemáticas relacionadas a la salud mental puede contribuir a abrir caminos disciplinares que se muevan en esa línea, colocando a las ciencias sociales en general y la sociología en particular en un lugar de importancia similar al que han tenido históricamente las ciencias naturales y la medicina para estudiar estos fenómenos. En ese sentido, esta investigación se plantea como una contribución al ampliar el horizonte de posibles abordajes a las problemáticas que van en el orden de la subjetividad.

Por otro lado, también se considera un aporte el otorgarle protagonismo a los relatos y representaciones de las personas que viven con diagnósticos psiquiátricos y que han tenido la experiencia de atenderse en dispositivos de salud mental, quienes se identifican como expertos/as por experiencia. Consideramos que relevando el conocimiento de los expertos por experiencia estamos disputando el lugar de expertise disciplinar de la psiquiatría tanto en la construcción de conocimiento acerca de la locura como en la configuración de vías para atender las problemáticas de salud mental.

Metodológicamente se considera que el esbozo de redes de dimensiones y categorías construidas para el análisis de las entrevistas puede aportar también al estudio de otras

agrupaciones de usuarios y ex usuarios de dispositivos de salud mental desde la producción de conocimiento situado que permite el estudio de las trayectorias. A este respecto, también esperamos que la información recolectada en la realización de la presente memoria de título pueda constituir un material de consulta acerca del colectivo Libre Mente en particular y de alternativas lideradas por ex usuarios y expertos por experiencia en general.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se puede afirmar que al tratarse sobre un colectivo en particular, no permite conocer la totalidad de las diversas realidades que se plasman en los movimientos sociales y colectivos políticos que se movilizan por temas de salud mental. Por otro lado, también es del entendimiento de la investigadora responsable que existen otros tipos de opresiones particulares que se intersectan con la locura, y que le dan otros matices a la violencia psiquiátrica, una propuesta para futuras investigaciones es, en ese sentido, poder comprender las formas en las que se intersecta la locura con la raza, el territorio, las clases sociales o las diversidades sexo-genéricas.

8. Referencias Bibliográficas

Anders, V. et al. Etimología de la palabra Trayectoria. Diccionario etimológico español en línea. Consultado en octubre de 2022. <http://etimologias.dechile.net/?trayectoria>

Anders, V. et al. Etimología de la palabra Participar. Diccionario etimológico español en línea. Consultado en octubre de 2022. <http://etimologias.dechile.net/?participar>

Archenti, N. (2007). Capítulo 14. Estudio de caso/s. En Metodologías de las ciencias sociales (1.a ed.).

Bosnich, M. (2020). Violencia de Género en Salud Mental: Representaciones y Prácticas de Resistencia desde la perspectiva de Mujeres Expertas por Experiencia. [Tesis no publicada]. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/183703>

- Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte: génesis y estructura del campo literario*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
<http://epistemh.pbworks.com/f/9.%2BBourdieu%2BRazones%2BPr%C3%A1cticas.pdf>
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI editores.
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/bourdieu-el-sentido-prc3a1ctico.pdf>
- Bourdieu, P. (2007b). *La miseria del mundo*. (1.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2006). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores, S.A. de C.V.
- Castillo Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 14(3), 513–529.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1861>
- Castillo, T. (2021). Orgullo Loco en Chile: políticas de identidad, luchas simbólicas y acción colectiva en salud mental. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 131–146.
<https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64436>
- Castro, A. (2019) El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El dolor de la locura. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 35, 51-74. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2391>
- Castro, A. (2021). *Los efectos performativos de la psiquiatría en la vida de las personas diagnosticadas psiquiátricamente: El sufrimiento de la Locura*. [tesis doctoral no publicada]. Universidad Alberto Hurtado.
- Cea-Madrid, J. C. (2015). *Manual de derechos en Salud Mental*. <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>
- Cea-Madrid, J. C. & Castillo-Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología* 8, 169–192.
https://www.researchgate.net/publication/346572056_Materiales_para_una_historia_de_la_antipsiquiatria_balance_y_perspectivas
- Cea Madrid, J. C., & Castillo Parada, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559–574. <https://doi.org/10.5209/poso.57277>

- Cea-Madrid (Ed.), *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina* (2.^a ed., pp. 135–153). Editorial Proyección.
https://www.researchgate.net/publication/355477072_Por_el_derecho_a_la_locura_La_reinencion_de_la_salud_mental_en_America_Latina
- Cea-Madrid, J. C. (2019). “Locos por nuestros derechos”: Comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia*, 21(2).
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1502>
- Cea-Madrid, J. C., & Castillo, T. (2021). Enloqueciendo la academia: Estudios Locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales (Relmecs)*, 11(2), e097.
<https://doi.org/10.24215/18537863e097>
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates’ movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 56–63. doi:10.1037/h0099632
- Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients’ Movement: Where We’ve Been and Where We’re Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323–336.
<http://www.jstor.org/stable/43854095>
- Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 405–408. doi:10.1037/h0095282
- Correa-Urquiza, M. (2009). Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (Otras prácticas, otros territorios para la locura). [Tesis de doctorado, Universitat Rovira I Virgili]. Tesis Doctorals en Xarxa.
- Corvalán, J & Fernández, G (2000). Apuntes para el análisis de la participación en experiencias educativas y sociales. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* (México), XXX(4),9-50. ISSN: 0185-1284. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27030402>
- Elder, G. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1). pp 1-12
- Emanuel, E. (2005). ¿Qué hace que una investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos [¿QUÉ HACE QUE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA SEA ÉTICA? SIETE REQUISITOS ÉTICOS](#) [Introducción](#) [Elucidación sistemática de estos](#).
- Fredes, R. (2019). El derecho a la locura en Chile. Construyendo desde los márgenes y las grietas del sistema. J.C, Cea-Madrid (Ed.), *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. (pp. 91-108). Proyección.

- Goffman, E. (2006). ESTIGMA LA IDENTIDAD DETERIORADA. Amorrortu.
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Guemureman, S. T., & Bianchi, E. (2020). Trayectorias institucionales, diagnósticos psiquiátricos y violencias combinadas en un estudio de caso. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 18(3), 1-26.
<https://doi.org/10.11600/1692715x.18307>
- Kalinowski, C., & Risser, P. (2000). Identifying and Overcoming Mentalism. *InforMed Health Publishing & Training*.
<http://www.bahaistudies.net/neurelitismlibrary/mentalism2.pdf>
- Loeza Reyes, L. (2007). Identidades políticas: el enfoque histórico y el método biográfico. *Perfiles latinoamericanos*, 14(29), 111-136.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532007000100002&lng=es&tlng=es.
- Longa, F. (2010). Trayectoria e historias de vida: perspectivas metodológicas para el estudio de las biografías militantes. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
<https://www.aacademica.org/000-027/90.pdf>
- López, P. (Anfitrión). (15 de julio de 2018). *Actualidad del movimiento antipsiquiátrico en Chile 2018*. (Nº 240) [Episodio de Podcast]. En Alerta Educativa. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=EAAkFoHBHcw>
- Mills, C.W. (1995). La imaginación sociológica.
- Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., & Rayo, X. (2015). *Diferencias en percepción de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios*. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 72(4), 261–269. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13833>
- Ollitrault, S. (2001). Les écologistes français, des experts en action. *Revue française de science politique*.
- Pérez, C. (2012). *Una Nueva Antipsiquiatria. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM EDICIONES. <https://es.scribd.com/book/430422555/Una-nueva-Antipsiquiatria-Critica-y-conocimiento-de-las-tecnicas-de-control-psiquiatrico>

- Perla, L. (2019). Descolonización de la locura y arte transfeminista en México. En J.C, Cea-Madrid (Ed.), *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Proyección.
- Rashed, M. A. (2020). The Identity of Psychiatry and the Challenge of Mad Activism: Rethinking the Clinical Encounter. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. doi:10.1093/jmp/jhaa009
- Real Academia Española. (s.f.). Trayectoria. En *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]*. <<https://dle.rae.es>>
- Real Academia Española. (s.f.). Participar. En *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]*. <https://dle.rae.es>
- Sepúlveda, P. (2022, 3 noviembre). *Un electroshock menos, una vida más*. *Carcaj.cl*.
<http://carcaj.cl/un-electroshock-menos-una-vida-mas/>
- Sepúlveda Valenzuela, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, 21, 27.
<https://doi.org/10.29344/07171714.21.436>
- Taylor, S.J & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Tissot, S. (2005). *Reconversiones Militantes*. Limoge.
- Touraine, Alain (2006). Los movimientos sociales. *Revista Colombiana de Sociología* 27. 255-278.
- Viñals, V. (2016, 6 marzo). Antipsiquiatría: La medicalización es un mecanismo de contención del malestar social. *Diario Uchile*. <https://radio.uchile.cl/2016/03/06/antipsiquiatria-la-medicalizacion-es-un-mecanismo-de-contencion-del-malestar-social/>
- Yin, R. (1994): *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

9. Anexo



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Trayectorias en Salud Mental”: el caso de los participantes del Colectivo Autogestión Libremente

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado a participar en la investigación “Trayectorias en Salud Mental: el caso de los participantes del Colectivo Autogestión Libremente”. Su objetivo es Describir los significados que le otorgan a sus trayectorias en Salud Mental lxs participantes del Colectivo Autogestión Libremente. Con ello, se pretende identificar las trayectorias en salud mental que forman parte de la experiencia de lxs participantes del colectivo y poder explorar los significados que le otorgan los miembros del colectivo a su participación en el mismo a partir de esas trayectorias. Usted ha sido invitado en tanto es o ha sido participante activx del colectivo Autogestión Libremente. La investigadora responsable de este estudio es la tesista Catalina Gala García Castro, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación se enmarca en la memoria para optar al título de socióloga.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista en profundidad, esto es, una conversación no estructurada, en la que se busca que el entrevistado logre expresar de forma libre sus sentires, opiniones y experiencias acerca del tema de estudio, así como lo que considere que es importante decir. La entrevista tendrá una duración aproximada de 60 minutos y abarcará preguntas sobre sus experiencias y percepciones en torno a los procesos de psiquiatrización que ha vivido, así como percepciones en torno a su participación en el colectivo Libremente a partir de dicha experiencia.

Para facilitar el análisis de la información entregada, la entrevista será grabada. De todas maneras, usted podrá interrumpir dicha grabación en cualquier momento, así como también retomarla.

Riesgos: Es posible que, por los temas que serán conversados durante la entrevista, el participante se encuentre rememorando aspectos de su vida que lo conecten con situaciones negativas o traumáticas, las cuales podrían ser gatillantes de estrés, ansiedad o angustia. La investigadora responsable estará atenta a las señales de estrés e inestabilidad emocional que se puedan presentar en el transcurso de la entrevista. En caso de que esto ocurra, la entrevista se detendrá y se otorgará al participante el espacio para expresar sus emociones, si así lo desea, desde una postura empática y enfatizando en que este es un espacio seguro, se promoverá ante todo su contención. De ser necesario, se realizará un ejercicio de respiración en conjunto. Una vez que el participante se encuentre más tranquilo, se dará por terminada la entrevista, agradeciendo su colaboración.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para visibilizar el



trabajo que se lleva a cabo desde el colectivo Librement e y la importancia de la autonomía y el enfoque de derechos en salud mental.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. La información que sea proporcionada en la entrevista será resguardada y usada sólo con fines académicos, siendo la investigadora responsable y su profesora guía las únicas personas que tendrán acceso a esta.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, podrá acceder al texto completo de la memoria de título así como un resumen que será generado por la investigadora responsable.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio:

Catalina Gala García Castro

Teléfono: (9)81897151

Dirección: Departamento de sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: catalinagala.gc@gmail.com

También puede comunicarse con la profesora guía de este estudio:

María Emilia Tijoux

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Correo Electrónico: emiliatijoux@uchile.cl



II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio "Trayectorias en Salud Mental. El caso de los participantes del colectivo Autogestión Libre Mente", en los términos aquí señalados. |

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha:

Correo electrónico participante para la devolución de la información:
