

2020

La complejidad del dispositivo
psi en el Centro Estatal de
Salud Mental de Querétaro

José Jonatán Torres Ferrer



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología

La complejidad del dispositivo psi en el Centro Estatal de Salud Mental de Querétaro

Tesis

Que como parte de los requisitos para
obtener el Grado de
Licenciado en Psicología clínica

Presenta

José Jonatán Torres Ferrer

Dirigido por:

Mtro. Alejandro Islas Trejo

Querétaro, Qro. a 30 de noviembre de 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Licenciatura en psicología clínica

LA COMPLEJIDAD DEL DISPOSITIVO PSI EN EL CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL DE QUERÉTARO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciado en Psicología clínica

Presenta:

José Jonatán Torres Ferrer

Dirigido por:

Mtro. Alejandro Islas Trejo

Mtro. Alejandro Islas Trejo
Presidente


Firma

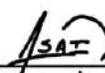
Dr. Pablo Pérez Castillo
Sinodal


Firma

Mtro. Daniel Borja Chavarria
Sinodal


Firma

Mtro. Isaí Soto García
Sinodal


Firma

Mtro. Fernando Manuel López España Méndez
Sinodal


Firma
Dr. Rolando Javier Salinas García
Director de la Facultad de Psicología

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
30 de noviembre de 2020
México

Dedicatoria.

A mi familia, la razón de todo.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Agradecimientos.

Quisiera agradecer a mi familia por todo su apoyo; a mi director de tesis y sinodales por su paciencia; a la Universidad Autónoma de Querétaro, la Facultad de psicología y mis docentes por brindarme la oportunidad de estudiar lo que me apasiona y dedicarme a ello; y, finalmente, una especial mención para la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro y el Centro Estatal de Salud por su colaboración y accesibilidad.

ÍNDICE.

DEDICATORIA.	3
AGRADECIMIENTOS.	4
RESUMEN.	7
ABSTRACT.	7
I. INTRODUCCIÓN.	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
2. JUSTIFICACIÓN.	15
II. MARCO TEÓRICO.	23
1. ANTECEDENTES.	23
1.1 <i>El dispositivo psi.</i>	23
1.2 <i>Contexto histórico.</i>	25
1.3 <i>Paradigmas de estructura.</i>	30
1.3.1 Teoría crítica de la Escuela de Frankfurt.	30
1.3.2 Concepto de rizoma de Gilles Deleuze & Félix Guattari.	32
1.3.3 Paradigma de la complejidad de Edgar Morin.	34
1.3.4 Teoría integral de Ken Wilber.	36
1.4 <i>Paradigmas de interrelación.</i>	39
1.5 <i>Cruce: Las coordenadas del dispositivo psi y sus elementos.</i>	42
1.6 <i>Psicoanálisis.</i>	51
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	53
III. OBJETIVOS.	54
OBJETIVO GENERAL.	54
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	54
IV. METODOLOGÍA.	54
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	54
2. POBLACIÓN.	55
3. TÉCNICAS O INSTRUMENTOS.	57
V. RESULTADOS.	60
1. ENTREVISTAS.	60
2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN SOBRE LA HISTORIA.	80
3. CULTURA, SOCIEDAD Y ESTADO.	101
3.1 <i>El CESAM en relación con la cultura, la sociedad y el Estado.</i>	102
3.2 <i>Marco legal.</i>	106
3.2.1 Plan de Acción sobre Salud Mental (OMS).	107
3.2.2 Ley General de Salud (México).	112
3.2.3 Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro.	115
3.2.4 Programa Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro.	123
3.2.5 Reglamento Interior de SESEQ.	129
3.2.6 Manual Organizacional General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.	132
3.2.7 La ley en el CESAM.	133
4. ESTRUCTURA DEL DISPOSITIVO PSI EN EL CESAM.	135
VI. CONCLUSIÓN.	156
VII. BIBLIOGRAFÍA	159

Índice de ilustraciones.

Ilustración 1. Mapa de la ciencia (Boyack, Klavans & Börner, 2005)	11
Ilustración 2. Rizomas.	33
Ilustración 3. Mapa del conocimiento (Boyack, Klavans, & Börner, 2005).	35
Ilustración 4. Los cuatro cuadrantes (Wilber).	38
Ilustración 5. Matriz OCON (o AQAL) (Wilber)	38
Ilustración 6. Esquema 1.	50
Ilustración 7. Esquema 2.	81
Ilustración 8. Esquema 3.	82
Ilustración 9. Esquema 4.	84
Ilustración 10. Esquema 5.	88
Ilustración 11. Esquema 6.	91
Ilustración 12. Mapa del CESAM.	95
Ilustración 13. Esquema 7.	97
Ilustración 14. Esquema 8.	98
Ilustración 15. Esquema 9.	99
Ilustración 16. Esquema 10.	101
Ilustración 17. Esquema 11.	102
Ilustración 18. Organigrama de Secretaría de Salud.	106
Ilustración 19. Organigrama de SESEQ.	131
Ilustración 20. Organigrama de la Dirección de Servicios de Salud.	133
Ilustración 21. Dispositivo psi de CESAM.	154

Resumen.

El concepto de dispositivo aplicado al campo psi nos muestra su utilidad como una herramienta de análisis integral de una realidad que se presenta como compleja y atravesada por diferentes dimensiones que, al mismo tiempo, se encuentran íntimamente interrelacionadas entre sí. La aplicación práctica de esta elaboración conceptual hace posible el análisis institucional del Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro ya que permite conocer los determinantes estructurales, institucionales e ideológicos que han hecho parte en la creación de la identidad de la institución y de aquellos que forman parte de ella, desde los directivos y los profesionales que laboran en ella hasta los pacientes que acuden a la misma.

Palabras clave: Dispositivo, complejidad, integral, CESAM.

Abstract.

The concept of dispositive applied to the psy field shows us its utility as a tool of integral analysis of a reality that presents itself as complex and crossed by different dimensions which, at the same time, are intimately interrelated. The practical application of this conceptual elaboration makes an institutional analysis of the Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro (State Center of Mental Health of Querétaro State) possible that allows us to know the structural, institutional and ideologic determinants that have been part of creating the identity of the institution and of those that are a part of it, from the directors and professionals that work in it to the patients that make use of them.

Key words: Dispositive, complexity, integral, CESAM.

I. Introducción.

Aventurarse a conocer algo nuevo siempre es un desafío, sin embargo, es más complicado reconocer algo que ya se conocía desde un punto de vista distinto. El Centro Estatal de Salud Mental (CESAM) es el escenario en el cual se deriva una práctica de servicio social como parte del programa homónimo de Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, misma que guía y reconstruye la idea central de esta tesis y la cual llevó un trabajo de observación de aproximadamente seis meses (1 de febrero a 1 de agosto de 2018). De aquí surge una inquietud por conocer las diferentes formas de interrelación de saberes y prácticas que se manifiestan de primera mano y de las cuales se puede acceder por medio de la observación participativa. Al ser este centro un lugar en el que convergen las intervenciones de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros se presentaba como una red que se configuraba con base en saberes e historias heterogéneos.

La organización del centro parecía pulida por la experiencia, la colaboración y el paso de los años que devinieron en una estructura sólida y funcional, e inclusive mostraba una forma de trabajo distinta a la que llegue a conocer en los CESECO's de la Universidad Autónoma de Querétaro. El modelo del CESAM muestra cómo, en lugar de vanos antagonismos profesionales y rivalidades teóricas, era posible complementarse e intercambiar opiniones desde posiciones distintas.

Sin embargo, más que tomar ese modelo de intervención como algo dado, se procede a problematizarlo e indagar en cómo aprehenderlo para poder comprender su funcionamiento. El presente trabajo es el culmen de dichas cavilaciones acerca de cómo se engarzan diferentes saberes, de qué forma pueden ser aplicados y cuáles son sus consecuencias.

Para ello se parte del rastreo de las teorías más *ad hoc* a nuestro objeto de estudio, que en el trascurso denominaremos de forma más específica como dispositivo psi y que da cuenta de aquello que se reconoció de forma empírica en un primer momento. A partir de dicho recorrido teórico llegamos a un punto de encuentro en el que depuramos nuestra posición dentro del campo del conocimiento estableciendo nuestras bases para avanzar al trabajo de campo.

La observación participativa, las entrevistas e historias de vida nos proporcionarían la información fenomenológica que complementaríamos con la investigación documental en materia legal y social de tal manera que la teoría pudiera ser repensado y reconstruida con base en la experiencia configurando un modelo de análisis novedoso, pero con firmes e innegables antecedentes teóricos y datos objetivos como sustento de su edificación.

De tal manera que las invaluable aportaciones de Edgar Morín, Ken Wilber y Michel Foucault se vieran contrastadas no sólo teóricamente con los aportes de Deleuze, Guattari, la Escuela de Frankfurt, Freud, entre otros, sino con una realidad concreta y circunscrita. El presente trabajo es el resultado de una praxis cocinada a fuego lento, pero con toda la intención de aportar algo al campo psi y la forma en que lo pensamos, no como una identidad separada sino como parte de un continuo de más amplios alcances.

1. Planteamiento del problema.

A través de la historia del conocimiento humano hemos sido testigos del desarrollo de cada una de las ramas que se desprenden de la filosofía y, a través de ellas, se ha atestiguado el avance en el conocimiento acerca de cada una de las dimensiones del ser humano y el mundo en el que habita. Del estudio de este desarrollo histórico se han encargado principalmente, las disciplinas de la historia de la filosofía y de la ciencia, así como la filosofía de la ciencia. Campos tan

amplios que brindan una perspectiva acerca de la complejidad del tejido del conocimiento humano, sus cambios, pugnas y revoluciones internas a cada una de las disciplinas, así como a motivos externos a ellas.

En este sentido, por ejemplo, está la propuesta de Thomas Kuhn (1971) que trabaja el concepto dinámico de paradigma en sus diferentes fases: desde la estabilidad y sus crisis hasta la revolución que provoca la sucesión de un paradigma por otro. Sin embargo, Kuhn se enfocó en las disciplinas de la física y la química, mientras que la intención de este trabajo es focalizarse en el campo psíquico o mental, una de las dimensiones más importantes del ser humano, así como su puesta en práctica y lugar dentro del amplio mapa del conocimiento.

Es necesario destacar la gran pluralidad que existe en el campo psíquico o mental, al cual nos referiremos de ahora en adelante como “*campo psi*”, como una primera aproximación al mismo. De tal manera que es menester distinguir, en primer lugar, entre psiquiatría, psicología y psicoanálisis como las tres grandes disciplinas que se encargan, explícita y directamente del campo psi como objeto de estudio, y que, asimismo, se dividen en corrientes teóricas y prácticas diversas.

Nos encontramos, entonces, ante un campo complejo, en el que las disciplinas atraviesan y son atravesadas por otras en un constante estado de interrelación, situación común en el campo del saber humano. Precisamente John Cacioppo (2007) nos muestra cómo lo que anteriormente era un mapa del conocimiento, relativamente simple y compuesto por dos disciplinas núcleo (filosofía y teología), a través del tiempo se ha ido complejizando y lo demuestra retomando el mapa de la ciencia de Boyack, Klavans & Börner (Figura 1).

En el campo del conocimiento, podemos observar la creciente especialización y fragmentación del mismo, tal como lo advierte Edgar Morín (2009), a la vez que desenmascara una realidad innegable: la profunda conexión

entre los elementos que componen el total del campo del conocimiento, ahora organizado en derredor de siete núcleos: matemáticas, física, química, ciencias de la tierra, medicina, psicología y ciencias sociales.

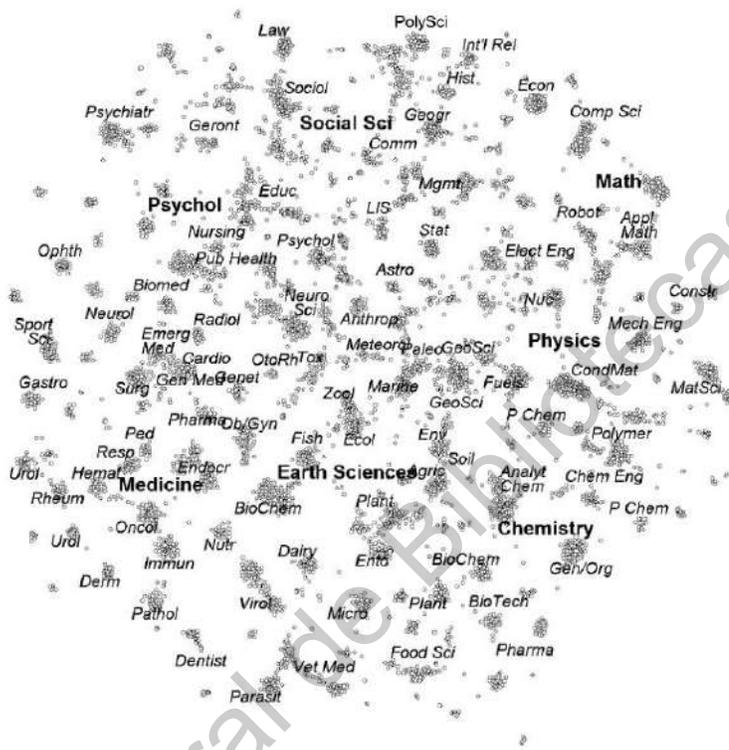


Ilustración 1. Mapa de la ciencia (Boyack, Klavans & Börner, 2005)

A pesar de la utilidad gráfica de poder observar el mapa de la ciencia actual, la pregunta que surge es cómo dar cuenta de sus interrelaciones de una manera cualitativa más que cuantitativa, es decir, más allá de la labor de los autores del mapa que se limitaron a usar un algoritmo para su elaboración. ¿Para ello sería necesario el análisis de cada uno de los aspectos involucrados y posteriormente lograr la síntesis de estos de una manera holística? ¿O quizá una mejor solución sea admitir su complejidad sin reduccionismos?

Podemos partir de lo siguiente: nos encontramos ante un campo aparentemente circunscrito en sus coordenadas, lo mental en sí es un objeto de estudio caracterizado por la pluralidad de enfoques alrededor del mismo. De tal

manera que no podemos definirlo como un concepto unívoco sino netamente complejo desde su concepción. Para ello sería necesario remontarse brevemente a la historia de lo que hoy llamamos mente o psique, siendo ésta la palabra que nos devela más claramente su linaje al apuntar a su origen griego (*ψυχή*) cuyo significado es “alma” o “principio de la vida”. (Real Academia Española, 2014)

En este sentido histórico, en el libro *Breve historia del alma* (2011) de Luca Vanzago se retoman las menciones más significativas e importantes acerca del alma en el corpus filosófico como una manera de rastrear y construir el objeto de estudio que hoy denominamos mente y que antaño era referido, principalmente, como alma¹. Después de todo psique hoy abarca ambos significados como homenaje al pasado y reconocimiento del presente.

En palabras del autor: “El resurgimiento de la reflexión acerca del alma representa, en este sentido, la continua renovación de un interrogante que, con formas diversas y de un modo siempre nuevo, vuelve a proponer cada vez más un problema tan antiguo como el hombre mismo: a saber, cuál es el sentido de la vida y la existencia.” (Vanzago, 2011 p. 9) Reconociendo en el proceso cómo es que la psique tiene un largo pasado y una breve historia si tomamos como puntos de referencia tanto la psiquiatría², como la psicología³ y el psicoanálisis⁴.

En psiquiatría, con el fin de explicitar la pluralidad dentro de cada disciplina, podemos mencionar las siguientes tendencias doctrinales (Ey, Paul, & Brisset, 1978): teorías organomecanicistas⁵, teorías psicodinámicas del

¹ Existe un amplio debate filosófico y teológico alrededor de los conceptos de mente, alma y espíritu en el que no ahondaremos.

² El término es acuñado en 1808 por Johann Christian Reil.

³ Cuyo nacimiento se considera en 1879, año de la fundación del primer laboratorio formal de investigación psicológica en la Universidad de Leipzig por parte de Wilhelm Wundt.

⁴ Denominación usada por primera vez en 1896 por Sigmund Freud.

⁵ De sesgo biológico que considera la etiología orgánica de la salud mental.

inconsciente patógeno⁶, teorías sociopsicogenéticas de los factores del medio⁷ y las teorías organogénicas dinamistas⁸.

Asimismo, en psicología encontramos las siguientes escuelas pertenecientes al siglo XX (Mueller, 1980): la psicología científica, la psicología “de las profundidades” (o psicodinámica) inspirada en Freud, la psicología individual de Alfred Adler, la psicología analítica de Carl-Gustav Jung, el behaviorismo (o conductismo) de Watson, la *Gestalttheorie* y la psicología social; de las cuales derivarían posteriormente el interés en las neurociencias y la creación de terapias como la terapia cognitivo-conductual y la terapia Gestalt, entre otras.

Y, por último, las teorías psicoanalíticas después de Freud (Bleichmar & Leiberman de Bleichmar, 1997): la psicología del yo de Heinz Hartmann, la orientación de Melanie Klein, el movimiento postkleiniano, la escuela de Jacques Lacan, los aportes de Donald Wood Winnicott, el modelo de desarrollo de Margaret Mahler, la teoría del narcisismo de Heinz Kohut y la teoría de las relaciones objetales de Otto Kernberg. Todas estas teorías y autores son parte de una larga historia que construyó lo que hoy conocemos como campo *psi*.

Entonces es esta palabra griega, *psique* o *psyché*, la que nos ha heredado toda una tradición dentro del conocimiento humano e incluso ha donado las primeras tres letras de su vocablo para conformar tantos otros que se ocupan de ella (psicología, psicoanálisis, psiquiatría, psicofarmacología, psicopatología, entre otros tantos derivados). Es todo este campo de conocimiento el que podemos denominar dispositivo *psi* y como rama del mismo árbol que encuentra sus raíces en la filosofía se encuentra en conexión con el resto de una manera indisoluble. Es esta complejidad la que deseamos estudiar, la de un dispositivo *psi*

⁶ De inspiración psicoanalítica.

⁷ Establece causas morales, producto de las dificultades de la existencia.

⁸ Teoría que marca un punto de encuentro entre la psiquiatría más biológica y psicología.

que, a pesar de que se le quiere acotar a lo mental, está inevitablemente atravesado por lo físico-orgánico, lo social, lo legal y demás dimensiones de tal manera que la psicología como disciplina es considerada una ciencia núcleo del mapa de la ciencia (Figura 1) (Boyack, Klavans, & Börner, 2005).

Uno de los referentes que nos pueden guiar en el tratamiento de tan disímiles y complejas relaciones es Michel Foucault, cuyos estudios críticos basados en la genealogía y la arqueología del saber nos han delegado una forma distinta de leer la realidad social y las instituciones. En este sentido su obra *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, 2015) nos brinda un estudio acerca de la percepción de la sociedad occidental sobre la locura en el renacimiento, la edad clásica y la época en que se escribió el libro. En dicho libro hacen su aparición varios de los dispositivos que habitan su obra: el dispositivo de alianza, de la sexualidad, de las prisiones, de la salud en general (medicina), educativo, jurídico-político y policial, etcétera. Un recurso que se volverá indispensable para el presente trabajo.

En otras palabras, Foucault descubre en la locura un fenómeno complejo y localiza a través de sus coordenadas una serie de interrelaciones otrora ocultas o ignoradas a nivel social, histórico y cultural, develando que el campo de lo mental no debe limitarse al planteamiento de clasificaciones de enfermedades mentales a riesgo de no ver las consecuencias que (las) generan. Podemos rescatar, entonces, que es necesario un compromiso entre analizar cada una de las partes que componen un fenómeno, sin por ello olvidar que son parte de este, es decir, realizar un minucioso trabajo de construcción del objeto de estudio tal como se propone en el trabajo antes mencionado.

Si bien, el trabajo de Foucault es sumamente valioso para entender la historia de la locura, el campo *psi* no se suscribe exclusivamente a ella y a raíz del aparente triunfo de la psiquiatría organicista de la mano del Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en la actualidad se vuelve menester retomar los cuestionamientos sobre el dispositivo psi con herramientas nuevas que pueden dar cuenta de la complejidad actual, apoyados en los desarrollos de Foucault, Morin, Wilber, Deleuze & Derrida y la Escuela de Frankfurt. De tal manera que la presente tesis busca desde un punto de vista crítico y complejo establecer y analizar el dispositivo *psi* enmarcado en una situación específica.

Los cuestionamientos propuestos devienen con base en una inquietud que tiene lugar a lo largo y ancho del mundo en cuanto a la organización del dispositivo psi que aparece con sus distintos matices en muchos centros de salud mental de Iberoamérica (Tobón, 2005) (Parisi, 2006), Europa (Roudinesco, 2000) y Estados Unidos (Webster, 2018) con una tendencia a la organización implícita y gradual alrededor de una matriz psiquiátrica biologicista inclinada hacia la farmacología. Posición que parece responder a una cuestión subyacente que apunta a la organización y jerarquía que existe entre las disciplinas que intervienen, y determinada por una demanda cada vez mayor de los servicios de salud mental, así como una necesidad de mayor eficacia, efectividad e inmediatez de los efectos terapéuticos con un fuerte énfasis en la curación, entendida desde la medicina.

2. Justificación.

A lo largo de la historia del conocimiento encontramos debates perennes que parecen interminables, uno de los más celebres es el dualismo contra el monismo, siendo la teoría de las formas o de las ideas de Platón una de las principales propuestas del dualismo. Platón distingue entre el mundo visible o sensible y el mundo inteligible o de las formas o las ideas en la República (Platón, 2010), opuesto paralelo al propuesto en el diálogo Sofista (Platón, 2010) entre el Ser (el objeto que se conoce o piensa) y el no ser (el lenguaje o el pensamiento)

(Marcos de Pinotti, 1997), punto de partida para constantes debates entre posturas racionalistas y empiristas a lo largo del tiempo.

Sorteando esta encrucijada es necesario reconocer que el dispositivo *psi* que planteamos no es una simple idea teórica, sino que se sustenta con base en desarrollos históricos y materiales que poco a poco han dado forma a nuestro objeto de estudio. Por ello es necesario hacer un breve esbozo acerca de las condiciones históricas y sociales que han dado lugar a la formación de un dispositivo *psi* en México y la estrecha relación que éste guarda con el resto del mundo, especialmente con Iberoamérica.

A nivel mundial encontramos la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2019). A la vez que se reconoce la importancia del costado mental en la salud, también podemos reconocer la división tripartita que se hace de la salud, hecho que se ve reflejado en la práctica cotidiana siendo clara la división de funciones en lo físico (medicina psiquiátrica, enfermería), lo mental (psicología) y lo social (trabajo social) en varias instituciones de salud. En esta línea, y vislumbrando su carácter específico para la OMS, actualmente está en vigor el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (Organización Mundial de la Salud, 2013) que contiene directrices y metas para los Estados miembros.

A pesar de esta definición que reconoce la complejidad de la salud como un fenómeno multidimensional, encontramos a nivel mundial una marcada tendencia hacia la exaltación de la importancia de la dimensión física, o mejor dicho biológica-psiquiátrica, en detrimento del resto. Esta inclinación no es casual y funge como la vía más eficaz, efectiva e inmediata en sus efectos y, por lo tanto, responde al objetivo planteado de equilibrio, así como a la búsqueda del alivio del malestar por las vías más rápidas en pos de la cura, tal como la define la medicina, que se plantea como fin principal de la intervención en busca de la salud

mental. De tal manera que el síntoma es tratado como una enfermedad que debe ser erradicada tomando en cuenta la etiología en su sentido biológico, pero sin adentrarse en ella en su sentido netamente psíquico a profundidad, tarea que se delega al psicólogo cuando así se considera necesario, de otra manera es prescindible.

Este cuestionamiento, que tiene claras consecuencias en la práctica, se ha puesto de relieve en varias ocasiones en distintos países con diferentes matices. Desde España se reconoce la dificultad de crear auténticos equipos de trabajo, siendo estos en la actualidad más elaboraciones discursivas que efectivas en la realidad, a la vez que reflejo de los cambios sociales que han arrojado al dispositivo psi español a través de las décadas (Chicharro Lezcano, 2007). En Colombia se hace hincapié en la necesidad de la atención integral en salud mental con el fin de poder hacer frente a los numerosos retos que se presentan en la práctica como consecuencia de las políticas y los sucesos nacionales (Tobón, 2005).

En Argentina se propone la interdisciplina, inter-saber e interpráctica como indispensables en la discusión actual sobre salud mental, siendo que en dicho país la integración de psicología en los servicios hospitalarios junto con otros profesionales de la salud mental es mucho mayor que en el nuestro (Stolkinier, 2005); considerando esto parece imperante y necesario hacer un diagnóstico de la situación mexicana en este sentido y las consecuencias que se puedan extraer para aportar a la discusión.

En la historia de México existen dos edificios que por su arquitectura y fines podrían haber aparecido fácilmente como ejemplos en dos de las más famosas obras de Michel Foucault: Vigilar y castigar (2009) e Historia de la locura en la época clásica (2015). Estos famosos recintos son el Palacio de Lecumberri y la Castañeda. El primero, Penitenciaría del Distrito Federal por setenta y seis años

(1900-1976) “edificado por el arquitecto Antonio Torres Torija y los ingenieros Antonio M. Anza y Miguel Quintana, con base en el proyecto del arquitecto Lorenzo de la Hidalga y su propuesta teórica "Paralelo de las Penitenciarias", en la que el autor hace un estudio comparativo entre los diferentes tipos de panópticos, retomando la idea original del filósofo inglés Jeremías Bentham” (Rebollar Rechy, 2014) y el segundo es el centro psiquiátrico más grande México desde 1910 hasta 1968, ambos inaugurados por Porfirio Díaz: el Manicomio General La Castañeda.

La importancia de La Castañeda para el presente trabajo radica en que fue “el establecimiento psiquiátrico más importante de México en el siglo XX y albergó a más de sesenta mil pacientes desde su fundación en septiembre de 1910 hasta su clausura en 1968.” (Ríos Molina, 2013). Por lo que se erige como la institución del campo *psi* más importante a nivel nacional y, por lo tanto, el paradigma en salud mental que serviría como el plano original sobre el que se basarían todos los recintos de este tipo en el país, así como el punto de partida para el desarrollo oficial e institucional de todo lo relacionado a lo *psi* en a nivel nacional en esa época.

Lejos de la medicina prehispánica que sostenía que “la capacidad que un individuo tiene para curarse de una enfermedad es proporcional a su fuerza de voluntad y en ese combate de fuerzas que aureolan el cuerpo, la mente y el espíritu, que irrumpen su equilibrio, ciertos instrumentos y rituales ayudan a labrar el camino de regreso a la salud” (Madrid, 2016). La irrupción del conocimiento médico psiquiátrico en el país se vio materializada en La Castañeda, sitio que se pretendía reemplazar al Hospital del Divino Salvador, el primer hospital para mujeres dementes en el país fundado en 1687, y el Hospital de San Hipólito, el primer hospital “psiquiátrico” de Hispanoamérica fundado en 1567.

De tal manera que se traslada el control que ostentaban las congregaciones religiosas en las instituciones especializadas en enfermos

mentales al Estado y los médicos psiquiatras. Este pasaje de la salvación de las almas a través de la palabra de Dios al tratamiento médico es un punto de inflexión para el campo psi en el país en diferentes sentidos. Por ejemplo, la definición de locura es actualizada y ahora es considerada como “una enfermedad que distorsiona el funcionamiento de la mente, [y] quienes la padecen manifiestan incoherencia en el lenguaje y desequilibrio humoral expresado en los desórdenes físicos del cuerpo” (Ríos, 2013).

Posteriormente, la Castañeda, que nació como un símbolo de progreso, se convirtió en un recinto infame por sus condiciones de abuso e insalubridad motivada por la falta de recursos, la sobrepoblación y excesiva demanda lo que llevó inevitablemente a su cierre. Sin embargo, a través de los años en que se mantuvo como la institución de salud mental más importante del país se generaron varias consecuencias que fueron moldeando el dispositivo psi mexicano.

Algunas de las consecuencias/efectos más importantes de lo anterior son las siguientes, de acuerdo con el trabajo de Ríos Molina (2013):

- La instalación del discurso médico psiquiátrico en el corazón del tratamiento de la enfermedad mental
- Se modifica la idea sobre la locura que merece el encierro.
- La relación que se instaura entre las familias y la institución psiquiátrica para ejercer el control sobre los denominados locos en una medida aún mayor que la policía y los mismos psiquiatras.
- La psiquiatrización del lenguaje en la sociedad moderna.
- El loco como un actor social con la capacidad de cuestionar los dictámenes de los médicos, resistirse a los tratamientos psiquiátricos o fingir cordura para librarse del encierro.
- El establecimiento del valor terapéutico concedido al trabajo agrícola generando la creación de granjas dónde se trataba a los enfermos

mentales, primero en Guanajuato (1944) y posteriormente siete en diferentes partes del país.

- El establecimiento de la investigación neurológica con pacientes mentales

Por mucho tiempo el funcionamiento de los diferentes hospitales psiquiátricos en el país se dio de manera independiente hasta el año 2002 en el que se instaura el Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo (Secretaría de Salud, 2014), que modifica la forma en que se brindaba atención a las personas con enfermedad mental en todo el país y funge como una directriz para las distintas instituciones de este tipo. Paulatinamente también podemos encontrar las reformas que se han hecho a la Ley General de Salud con el fin de incluir rubros y especificaciones que incluyen la salud mental y no sólo la salud física de manera más explícita.

Sin embargo, la historia del dispositivo psi en México no tuvo las mismas repercusiones en todos los Estados del país. Al contrario, su constitución se vio promovida o resistida en diferentes grados dependiendo del momento histórico en que arribo a cada entidad, asimismo estuvo condicionada por la idiosincrasia de cada uno de los lugares en los que se introdujo. Considerando lo anterior, es menester definir la situación específica del Estado de Querétaro, lugar en el que nos enfocamos y ubicamos espacialmente en el presente trabajo para posteriormente ir delimitando nuestro campo de acción en cuanto al trabajo de campo llevado a cabo en el Centro Estatal de Salud Mental que, como podremos atestiguar, se ve afectado por esta historia en menor o mayor grado.

A nivel estatal nos encontramos en primer lugar con las aportaciones académicas de la Universidad Autónoma de Querétaro, siendo el Acta de Fundación de la Facultad de Psicología firmada el 17 de diciembre de 1966 e instaurada la Licenciatura de Psicología en 1967 (UAQ, 2017). La historia acerca

de los acontecimientos que rodearon la creación y aprobación de la Facultad de Psicología está lleno de conflictos y encuentros con la sociedad queretana que acusaban los contenidos teóricos de la carrera de peligrosos. Actualmente la Facultad es reconocida a nivel internacional por seguir la corriente psicoanalítica, resistiendo a la hegemonía de la terapia cognitivo conductual en psicología.

El alcance de la Facultad de Psicología en el Estado no se reduce a la oferta educativa y es en 1978 que se autoriza y es puesto en marcha la primer Central de Servicios a la Comunidad (CeSeCo) en el Centro Histórico de la ciudad, mismo que ofrecía atención psicológica a la población en general por un módico costo. Si bien en la actualidad CESECO Centro ha cerrado sus puertas, existen otras cinco Centrales en distintas partes de la ciudad: CESECO Norte, CESECO Sur, Lomas de Casa Blanca, Santa Bárbara y San Juan del Río (UAQ, s.f.). En conjunto con éstas existen más ofertas de atención psicológica por parte de otras instituciones de educación superior públicas y privadas.

Además de estos esfuerzos, a nivel de Secretaria de Salud del Estado de Querétaro encontramos la participación de médicos psiquiatras y psicólogos en las instituciones de salud (Hospital General, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). A pesar de ello no existe una institución gubernamental dedicada de lleno al tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales o a la salud mental en general hasta el año de 1994 en que se funda el Centro Estatal de Diagnóstico de Salud Mental (CEDISAME), que posteriormente cambiaría su nombre por Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) hasta llegar al actual Centro Estatal de Salud Mental (CESAM).

La importancia de tomar este centro como punto de referencia para el estudio de la instalación y proceder del dispositivo psi en el Estado de Querétaro radica en el hecho que desde su fundación se ha caracterizado por la participación

y colaboración entre las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería otorgándole un carácter más integral. Asimismo, es necesario resaltar el hecho que es una institución legitimada por el gobierno del Estado que, a partir de la creación de la Ley Estatal de Salud Mental en el 2018, pasa a ser la encargada de ejercer lo establecido por ella a través de la creación del Programa Querétaro en Salud Mental, cuya función es regir todo lo relacionado con la salud mental en el Estado. Por lo que ha pasado a convertirse en la institución rectora del dispositivo psi estatal.

A diferencia del resto de las instituciones que operan con permiso del Estado, ésta es parte de éste. De ahí viene la importancia de hacer un análisis institucional que nos permita conocer las partes histórico, legal, social y psicológicas de este recinto. Asimismo, nos permite organizar el concepto de dispositivo psi alrededor de una institución que se dedica a trabajar multidisciplinariamente en el día a día. A través de esta institución se busca vislumbrar cómo es que el dispositivo psi se ha instalado en la realidad cotidiana del Estado y la ciudad.

Con base en estos antecedentes, que servirán como marco histórico concreto acerca de la construcción y el devenir del dispositivo psi del nivel mundial al local pasando por el nacional, podemos concluir que nos encontramos ante un entrelazamiento de discursos a distintos niveles que nos muestran la complejidad de nuestro objeto de estudio. Dado el panorama, existe la necesidad de dilucidar este tejido sin por ello intentar simplificarlo hasta hacerlo perder su identidad como resultado de un proceso histórico y social a nivel macro que impacta en la vida de todos aquellos que se desempeñan (profesionales de la salud mental) o acuden (pacientes) a él.

II. Marco teórico.

1. Antecedentes.

Dada la naturaleza compleja del dispositivo psi es necesario dilucidar con mayor detenimiento y exactitud a qué nos referimos cuando hablamos de éste. Si bien ya se mencionó de manera breve de qué hablamos cuando hablamos de lo psi, es necesario avanzar hacia la definición de lo que es un dispositivo y la complejidad a la que se hace referencia tan insistentemente, así como el marco histórico en el que tiene lugar dado que ya hicimos referencia al desarrollo histórico del mismo. El análisis de estos elementos volverá más clara nuestra consecuente exposición.

1.1 El dispositivo psi.

Néstor A. Braunstein en su libro *Clasificar en psiquiatría* acuña el concepto de *dispositivo psi* rescatando la acepción de “dispositivo” que trabajó Michel Foucault, concepto amplio, integral y de definición ambigua que es descrito de la siguiente manera por el reconocido autor francés:

Intento ubicar bajo esta denominación a un conjunto definitivamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En resumen: cosas dichas, tanto como no dichas; éstos son los elementos del dispositivo. (Braunstein, 2013 p. 46).

Retomando este aporte de Foucault, que distinguió varios dispositivos, como el de la sexualidad, el disciplinario, de poder, etcétera, Braunstein propone reconocer un “dispositivo psi” que:

reúne todo aquello que se reconoce por la partícula silábica mencionada: psiquiatría, psicología, psicofarmacología, hospital psiquiátrico, sociedades psiquiátricas, psicopatología, psicopedagogía, psicología laboral, etc.,

y otras denominaciones que suponen el prefijo como salud y enfermedad mental, clasificación de los trastornos, personalidad y sus desordenes (Braunstein, 2013 p. 47).

Si bien este concepto será central para denominar la compleja red de saberes que buscamos enlazar, es necesario evitar caer en la imprecisión que plaga al concepto desde su origen. En nuestro auxilio aparece Giorgio Agamben con un pequeño artículo en el que revisa el concepto de dispositivo, retomando el fragmento anteriormente citado del mismo Foucault como punto de partida, estableciendo tres puntos fundamentales en su definición:

1) [El dispositivo] se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos. 2) El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder. 3) Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber. (Agamben, 2011 p. 250).

Agamben reconoce en el concepto de “positividad” hegeliano retomado por Jean Hyppolite, maestro de Foucault, el precursor del concepto de “dispositivo”, y lo refiere como la oposición entre la naturaleza y la positividad en un sentido dialéctico, que también corresponde a la dialéctica de la libertad y del mandato, así como a la dialéctica de la razón y la historia respectivamente. De tal manera que *“En cierto sentido la positividad es considerada por Hegel como un obstáculo para la libertad del hombre y, como tal, es condenada.”* (Hyppolite, 1970 p. 46).

En este sentido, positividad es el nombre que Hegel confiere al elemento histórico, mismo que Foucault estudiará en su relación y conflicto con los individuos creando mecanismos y juegos de poder.

Más adelante Agamben precisa la definición de dispositivo basándose en su etimología, genealogía e historial teológico, así como su relación con el término *oikonomia*:

El término dispositivo nombra aquello en lo que y por lo que se realiza una pura actividad de gobierno sin el medio fundado en el ser. Es por esto que los dispositivos deben siempre implicar un proceso de subjetivación, deben producir su sujeto. [...] El vínculo que reúne todos estos términos es la referencia a una economía, es decir, a un conjunto de praxis, de saberes, de medidas y de instituciones cuya meta es gestionar, gobernar, controlar y orientar –en un sentido que se quiere útil– los comportamientos, los gestos y los pensamientos de los hombres. (Agamben, 2011 p. 256)

Finalmente, se reconocen tres clases: los seres vivos (o sustancias); los dispositivos, en el interior de los cuales no cesan de ser asidos aquellos, intentando gobernar a los primeros y guiarlos hacia el bien; y entre las dos primeras clases, los sujetos, es decir, aquello que resulta de la relación cuerpo a cuerpo entre los vivientes y los dispositivos. Concluyendo en que los dispositivos son:

todo aquello que tiene, de una manera y otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos. (Agamben, 2011 p. 257).

Además de delimitar el concepto de dispositivo, será necesario revisar el momento histórico que atravesamos, los tipos de paradigmas que nos permitan darle una cierta estructura al concepto por una parte y reconocer las modalidades de interrelación entre los agentes del dispositivo psi para después reconocer cómo se aplican ambas a la realidad específica del CESAM y si es posible diseñar un modelo más integral. A través de este proceso podremos reconocer la estructura del dispositivo psi y los sujetos que genera.

1.2 Contexto histórico.

¿Cómo pensar la historia? Quizá esta pregunta exista desde que se comenzó a documentar el devenir del hombre y lo que inició como un registro o evidencia de los logros, errores, hazañas y derrotas de las civilizaciones se convirtió en el método que definió nuestra memoria colectiva acerca del pasado. Asimismo, la distancia que tomamos frente a los acontecimientos que sucedieron nos permite vislumbrar aquello que se puede definir como el Zeitgeist (literalmente

espíritu de un tiempo) de cada época, mismo que es antecedente y causa de la siguiente.

En este sentido distinguimos a cuatro hombres, entre todos los que han vivido los tres últimos y grandes cortes históricos, para que sirvan de testigos y portavoces de un fragmento de la historia humana: Immanuel Kant sobre la modernidad, Jean-François Lyotard sobre la posmodernidad y Timotheus Vermeulen & Robin van den Akker sobre la metamodernidad. Siendo éstas las tres grandes épocas que nos interesan, sobre todo la última de ellas, dado que nos encontramos inmersos en ella.

Immanuel Kant no se planteó una pregunta acerca de la modernidad o el pensamiento moderno como tal, en realidad su inquietud consistía en responder una pregunta distinta: ¿Qué es la ilustración? Inadvertidamente Kant, al caracterizar la Ilustración, dio fe del espíritu de la modernidad. *¡Sapere aude!* (¡Atrévete a saber!) nos grita Kant desde este texto que sostiene que la Ilustración es la salida de la minoría de edad de la humanidad, desarrollo que consiste en atreverse a utilizar la razón (Kant, 1994).

Es la razón y su uso indiscriminado en todos los ámbitos como la luz que desterraría las sombras de la superstición de antaño, la aspiración científica de objetividad y desarrollo, así como la esperanza puesta en un futuro brillante los rasgos más destacados de la modernidad, época cuyo movimiento fue perpetuado por cuatro metarrelatos o Grandes Relatos, como los nombró François Lyotard: el iluminismo, el cristianismo, el marxismo y el capitalismo (Lyotard, 1987).

Cada uno de estos relatos daba coherencia a la existencia del hombre, le otorgaba una causa y le prometía, como recompensa por sus esfuerzos, un fin o meta que alcanzar. Por ello es que la característica más distintiva de los Grandes

Relatos es su carácter teleológico, pero, es claro, el fin perseguido por cada uno de ellos es distinto.

Las aspiraciones del iluminismo apuntaban a una época de oro en la que todos los hombres se rigieran por la razón dejando toda creencia y superstición en el camino; el cristianismo promete a sus seguidores la salvación de las almas y como destino propone el idílico cielo; el marxismo asegura que el devenir de la historia desemboca en el final de la explotación del hombre por el hombre en aras de una sociedad comunista justa y marcada por la igualdad; finalmente el capitalismo pone sobre la mesa lo que comúnmente llamamos el sueño americano, es decir, las aspiraciones de bonanza material y económica que permita vivir la mejor vida posible.

Uno a uno todos los Grandes Relatos eventualmente mostraron sus limitaciones en la realidad, sus promesas vacías y fallas intrínsecas. El iluminismo nos trajo un avance científico sin parangón que, a pesar de todos sus esfuerzos, no pudo eliminar los aspectos irracionales del ser humano. El cristianismo cada vez pierde más fieles en medio de una doble crisis. La primera de carácter personal, existencial y espiritual que se ha suscitado ante las atrocidades que ocurren en el mundo y el avasallador materialismo que deviene del capitalismo. La segunda de orden institucional que aún está en proceso en medio de escándalos de abusos sexuales y malversaciones financieras, además la promesa post-mortem del cristianismo se muestra como la más susceptible de dudas. El marxismo en sus varios intentos de implementación se ha visto plagado por la corrupción y los regímenes dictatoriales llenos de muerte, hambre e injusticia. El capitalismo, por su parte, ha generado una sociedad endeudada, paralizada por las crisis económicas constantes y la cada vez mayor desigualdad que reserva los beneficios para una minoría.

En resumen, ninguno de los cuatro Grandes Relatos ha cumplido cabalmente lo prometido de manera que la humanidad entera pueda considerar que está viviendo una época de oro ideal.

Ante la caída de los Grandes Relatos, nos explica Lyotard, surge una proliferación de incontables pequeños relatos que relativizan nuestra realidad y ponen en primer lugar la subjetividad, la diversidad y la diferencia, todo ello producto de una decepción generalizada que se cierne sobre los Grandes Relatos y que provocó una nueva forma de ver la vida con mayor escepticismo, cinismo e incredulidad, esto aunado a las luchas sociales que luchaban abiertamente en contra de las narrativas establecidas: los movimientos feministas, las revoluciones sexuales y las luchas por los derechos civiles en todo el mundo que buscaban cada uno desde su relato, su propia salvación (Lyotard, 1987).

Si bien la posmodernidad se caracteriza por la aceptación de una multiplicidad de verdades en detrimento de una sola Verdad y una diversidad de pequeños relatos en lugar de los Grandes Relatos de antaño, es innegable que éstos nunca desaparecieron del todo.

Autores como Feyerabend arremetieron ferozmente contra el racionalismo y propusieron alternativas tan radicales como el anarquismo epistemológico y el principio de “todo vale” (Feyerabend, 2002). Sin embargo, el progreso científico continuó avanzando con la razón como bandera de manera exponencial. A pesar de los continuos escándalos alrededor de las instituciones cristianas, éstas aún subsisten y son pilares fundamentales de distintas sociedades. El Papa católico aún cuenta con una gran influencia a nivel mundial e inclusive ha tenido lugar un resurgir de los ideales cristianos en las posturas más conservadoras llegando al radicalismo, por ejemplo, en casos como el de la Iglesia Bautista de Westboro (Westboro Baptist Church) (Mintz, 2019) . Finalmente, aunque Francis Fukuyama (Fukuyama, 1989) haya proclamado el final de la historia inspirado por la caída del

Muro de Berlín con el capitalismo como gran vencedor y el marxismo como gran derrotado, aún persisten y se enfrentan en versiones menos puras que las originales. China se presenta como un Estado comunista con una economía de mercado; el modelo nórdico de bienestar propio de los países de Escandinavia es socioliberal y muchos países en desarrollo se proclaman capitalistas pero distan mucho de serlo y en realidad se sostienen en una política económica mixta; y, tradicionalmente, los Relatos capitalistas y marxistas se enfrentan a través de las posturas políticas de derecha e izquierda, respectivamente (Flores Olea, 2019) (Sader, 2016) (CNN Español, 2019).

Es decir, la modernidad no ha muerto, simplemente ha decaído en su autoridad que ha dejado de ser incuestionable, asimismo la posmodernidad ha fracasado en su intento por superar las restricciones de la modernidad. Sin embargo, la metamodernidad, tal como la describen Vermeulen & van den Akker (2010), no se nos muestra como una salida ante esta encrucijada; al contrario, se nos presenta como una oportunidad para reconocer la coexistencia de la modernidad y la posmodernidad que se mezclan y antagonizan constantemente en un movimiento más dialógico que dialéctico.

Si bien la definición de la metamodernidad por parte de Van den Akker y Vermeulen se restringe a la estructura del sentimiento de la duda como el espíritu de nuestros tiempos, también puede considerarse tanto como un periodo histórico de transición como una lógica propia de la época (Vermeulen & van den Akker, 2010).

La lógica metamoderna podría definirse como la posibilidad de buscar una verdad tomando en cuenta una multiplicidad de vectores, pudiendo equipararlo al movimiento de un péndulo entre una cantidad enorme de polos que exigen se reconozca su existencia, de tal forma que no hablamos de un movimiento dialéctico sino uno dialógico que, a pesar de la variedad de opciones, no busca

reducirlas a una sola sino a buscar la manera de integrarlas o al menos reconocer que son parte del mismo movimiento. En este punto es en el que nos encontramos, tiempos interesantes y complejos que nos servirán como contexto y escenario para nuestra propuesta.

1.3 Paradigmas de estructura.

1.3.1 Teoría crítica de la Escuela de Frankfurt.

La teoría crítica es una escuela de pensamiento que pone el acento en el estudio y la crítica de la sociedad y la cultura. Dividida en tres grandes generaciones, podemos hacer una breve semblanza de cada una de ellas para conocer sus puntos de vista y aportaciones (Mesquita Sampaio de Madureira, 2009).

La primera generación se caracteriza principalmente por las aportaciones de Max Horkheimer y Theodor Adorno. Sus desarrollos, sobre todo, se enfocaron en una crítica de la racionalidad social, lo que después evolucionaría más específicamente en una crítica de la racionalidad instrumental, característica de la modernidad. La formulación de esta crítica pasaría por una colaboración entre la filosofía y las ciencias sociales. Dicha unión estaría marcada por una directriz hegeliano-marxista con un especial énfasis en la dialéctica negativa, la teoría de la racionalización del mundo moderno de Max Weber, la crítica marxista de György Lukács y el psicoanálisis freudiano.

Dos de sus más grandes inquietudes eran la alienación, de origen hegeliano-marxista, y la cosificación, inspirada en Lukács, que, ellos consideraban, eran producto de la dialéctica de la Ilustración: un estéril intento de dominar la naturaleza a través de la ciencia que genera una interesante equivalencia: poder y conocimiento son sinónimos. Ante todo esto, una posible alternativa es la propuesta de la dialéctica negativa, un intento por no detenerse

en una síntesis que genere estancamiento sino constantemente mantener la tensión entre tesis y antítesis que salve la diferencia de la homogeneidad.

La segunda generación consiste principalmente en los desarrollos de Jürgen Habermas, encargado de dar un giro lingüístico a la teoría crítica y que opone la racionalidad instrumental, que considera característica esencial de los sistemas, a la racionalidad comunicativa, basada en las interrelaciones y la posibilidad de liberar y democratizar las decisiones que se tomen a nivel social. De ahí que se pasa del campo de la subjetividad y la producción al de la intersubjetividad y la interacción. Habermas conceptualiza una sociedad en dos niveles enlazados: el mundo de la vida y el sistema; el primero busca la integración social y el entendimiento, mientras que el segundo persigue una integración sistemática propia de la racionalidad instrumental. Aunque ambas esferas son necesarias para la sociedad y no debería estar enfrentadas, el gran peligro, nos advierte el autor, es permitir la sistematización del mundo de la vida.

La tercera generación está representada por Axel Honneth. Su crítica a la racionalidad irracional de la sociedad moderna capitalista se centrará en la noción del carácter normativo de la lucha social por el reconocimiento, esfuerzo que se reconoce en la resistencia a las relaciones que denotan no reconocimiento o desprecio. Honneth parte de la filosofía de Hegel junto a la psicología social de Mead para formular sus bases en una teoría de la intersubjetividad que sea base de su teoría del reconocimiento, misma que reconoce tres modelos o esferas de reconocimiento principales: el amor, correspondiente a la relación afectiva presente en relaciones —no sólo de amor sino también de amistad— que tienen por objeto la naturaleza afectiva del individuo como un ser necesitado conduce a la autoconfianza (Selbstvertrauen); la esfera del derecho corresponde al reconocimiento jurídico y al respeto en tanto que persona autónoma y tiene por objeto la capacidad de responsabilidad moral y lleva al autorespeto (Selbstachtung); y la de solidaridad, referida a una comunidad de valores

compartidos, que corresponde a la valoración social, tiene por objeto las capacidades y características del individuo en tanto que miembro que contribuye al todo social y lleva a la autoestima (Selbstschätzung). A esas formas de reconocimiento opone Honneth tres formas de desprecio (Missachtung) que justamente implican la ausencia de autoconfianza, autorespeto y autoestima. (Mesquita Sampaio de Madureira, 2009, p. 207)

1.3.2 Concepto de rizoma de Gilles Deleuze & Félix Guattari.

En su obra *Capitalismo y esquizofrenia* Deleuze y Guattari desarrollan el concepto filosófico de rizoma basándose en el rizoma botánico como imagen del pensamiento, parecido al uso de la imagen del péndulo que usamos para describir la lógica metamoderna, con el fin de concebir una forma distinta de pensar, aprehender y trabajar con la multiplicidad (Deleuze & Guattari, 2019).

A diferencia de otras conceptualizaciones que proponen una estructura jerárquica entre los elementos, el modelo descriptivo del rizoma pugna por una organización en la que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro. A pesar de que la figura del rizoma en botánica corresponde a una base o raíz original que da lugar a distintas ramificaciones, para los autores parece ser que nos encontramos ante un rizoma ya completo y aún más entrelazado de tal manera que carece de centro y, por lo tanto, cualquier interacción con cualquiera de los elementos incide en los otros. Por ejemplo, cualquier predicado afirmado de un elemento puede incidir en la concepción del resto, otorgándoles una fuerte dependencia y carácter igualitario.

Lo anterior puede ser explicado de una manera más sucinta a través de los seis principios desarrollados por los autores (Deleuze & Guattari, 2019):

- 1º Principios de conexión. Cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro punto.
- 2º Principio de heterogeneidad. El rizoma es una unidad heterogénea.
- 3º Principio de multiplicidad: El rizoma es siempre multiplicidad que no deja reducirse ni a lo Uno ni a lo Múltiple; no está hecho de unidades, sino de dimensiones asignificantes y asubjetivas, de direcciones quebradas.
- 4º Principio de rupturas asignificantes. El rizoma está sujeto a las líneas de segmentaridad y de fuga, que siempre apuntan a direcciones nuevas, que pueden ser rotas, interrumpidas en cualquier parte y en cualquier momento y resurgir nuevamente con nuevas alianzas.
- 5º Principios de cartografía. El rizoma es un mapa que construye.
- 6º Principio de calcomanía. El árbol responde al modelo estructural cuya lógica es del calco y de la reproducción. El rizoma es un modelo productivo y experimental.

El esquema del modelo rizomático sería el siguiente:

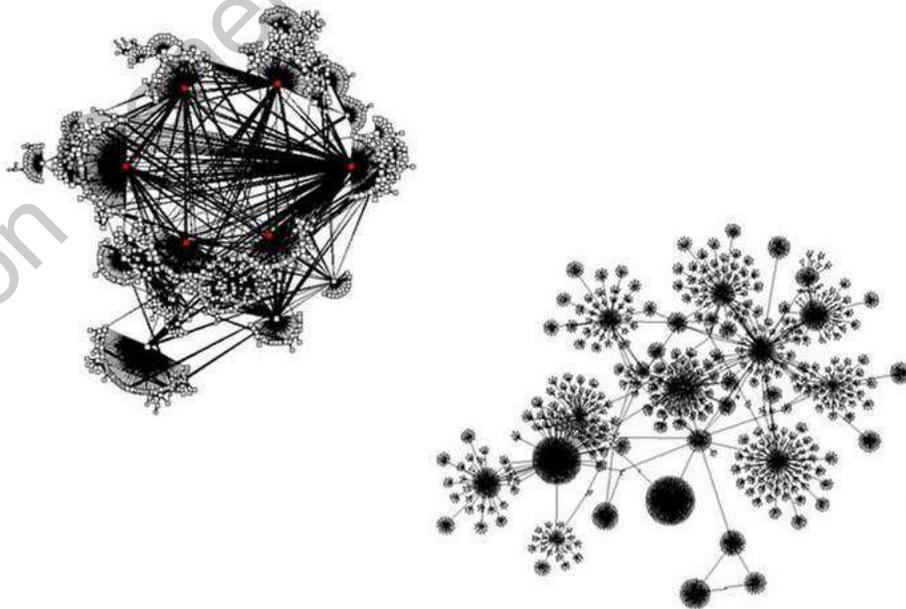


Ilustración 2. Rizomas.

1.3.3 Paradigma de la complejidad de Edgar Morin.

El núcleo de la enseñanza de Edgar Morin es el paradigma de la complejidad (Morin, 2009), si bien el se considera más un profeta que anuncia el advenimiento de esta nueva forma de conceptualizar la realidad, no queda exento de la responsabilidad que exige ser el portavoz de un movimiento, aun así sea sólo para anunciarlo. La definición que el autor nos ofrece de complejidad es la siguiente:

Es complejo aquello que no puede resumirse en una palabra maestra, aquello que no puedo retrotraerse a una ley, aquello que no puede reducirse a una idea simple. (Morin, 2009, p. 21)

Avanzando desde ese punto nos señala como la complejidad no equivale a la eliminación de la simplicidad ni mucho menos a una idea de completud, en realidad es un concepto que reúne en sí orden, desorden y organización y, en el seno de la organización, lo uno y lo diverso, nociones que trabajan las unas con las otras, de manera a la vez complementaria y antagonista en sus interacciones. La complejidad es una respuesta que Morin opone al paradigma de simplicidad, cuyos principios de disyunción, reducción y abstracción nos han llevado a un estado de inteligencia ciega que ha dejado un mapa del conocimiento compuesto por islas aisladas, fragmentación e hiperespecialización que nos deja con un pequeño trozo de real que pretende hacerse pasar por la totalidad del fenómeno (Morin, 2009).

Para Morin es preferible la complejidad, dado que esta no disuelve los conjuntos y las totalidades. De hecho el concepto de la complejidad remite a un tejido⁹ de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Es decir, que da lugar a elementos que no tienen porque reducirse a la homogeneidad, e incluso da lugar a la incertidumbre y la

⁹ Complexus: lo que está tejido en conjunto.

1.3.4 Teoría integral de Ken Wilber.

Wilber nos ofrece el modelo más organizado, estructurado y completo. El enfoque integral de Wilber está perfectamente ejemplificado en el sistema operativo integral (SOI) o mapa integral que denomina OCON (abreviatura de omnicuadrante, omninivel, omnilínea, omniestado y omnitipo; elementos que serán explicados a continuación). Este logro del enfoque integral es un modelo constituido por cuatro cuadrantes y varios elementos que se organizan dentro de ellos (Wilber, 2008).

Los cinco elementos principales del OCON son los cuadrantes, niveles, líneas, estados y tipos, éstos están íntimamente interrelacionándose y su función es ayudar a indexar y describir cualquier actividad tomando en cuenta las realidades subjetivas y objetivas, tanto externas como internas, que rodean todo fenómeno.

El autor comienza describiendo los tres grandes estados de consciencia como bases de la realidad subjetiva, a saber, la vigilia, el sueño y el sueño profundo. Más adelante explica los estadios o niveles de desarrollo a través de la progresión del egocentrismo al mundicentrismo, para pasar al etnocentrismo y de ahí al cosmocentrismo, niveles que pueden ser aplicados, por ejemplo, a las inteligencias múltiples de Howard Gardner con el fin de construir un psicógrafo integral.

Posteriormente explica los tipos basándose en la tipología de Carol Gilligan (1993) que distingue entre las lógicas masculina y femenina. La lógica masculina tiende a centrarse en la autonomía, la justicia y los derechos, mientras que la lógica femenina lo hace basándose en la relación, el respeto y la responsabilidad. Sin embargo, Wilber no concibe ambas lógicas como excluyentes, mucho menos determinadas por el sexo o el género, más bien piensa

que las dos están presentes en todos los seres humanos e incluso considera que en el más alto nivel de desarrollo ambas tienden a fusionarse. Asimismo en lo relacionado con la tipología distingue entre versiones sanas y patológicas de cada una.

Las líneas de desarrollo están determinadas por el cuadrante en el que se encuentran, de tal manera que, por ejemplo, en el desarrollo personal nos encontramos las líneas cognitiva, moral, emocional o afectiva, interpersonal, de las necesidades, psicosexual, etc. Todo dependiente de las teorías, elementos y enfoque que sea de nuestro interés y se desplazan a través de los niveles o estadios de desarrollo (egocentrismo, etnocentrismo, mundocentrismo).

Finalmente pasamos a los cuatro cuadrantes dentro de los cuales se organiza todo lo anterior (estados, niveles, tipos y líneas). Cada evento del mundo, de acuerdo al autor posee tres dimensiones: “el punto de vista del “yo” (es decir, el modo en que personalmente lo veo y lo siento), el punto de vista del “nosotros” (es decir, el modo en que no sólo lo veo yo, sino que también lo ven los otros) y el punto de vista del ello (es decir, de los hechos objetivos del evento).” (Wilber, 2008).

De tal manera que obtener un esquema donde tenemos cuatro cuadrantes que representan: “el “yo” (el interior de lo individual), el “ello” (el exterior de lo individual), el “nosotros” (el interior de lo colectivo) y el “ellos” (el exterior de lo colectivo).” Es decir, los cuatro cuadrantes representan sencillamente el interior y el exterior de lo individual y de lo colectivo. Dentro de cada uno de estos cuadrantes se desenvuelven las distintas líneas de desarrollo que avanzan con base en los niveles de desarrollo y se ven condicionadas por los estados y tipos. Una de las aplicaciones más importantes del OCON es la medicina integral.

El esquema del OCON, en sus diferentes partes constituyentes, quedaría como se muestra a continuación:

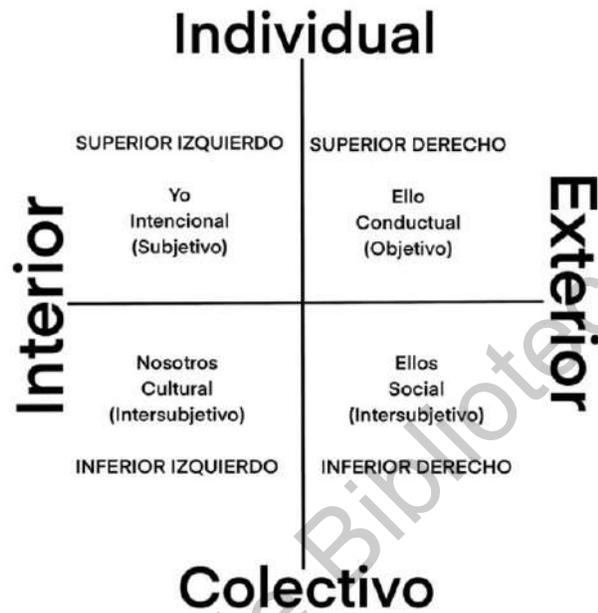


Ilustración 4. Los cuatro cuadrantes (Wilber).



Ilustración 5. Matriz OCON (o AQAL) (Wilber)

1.4 Paradigmas de interrelación.

En la clínica¹⁰ actual nos encontramos con cuatro posibles formas de intervención en el dispositivo psi: unidisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar. Si bien, en el pasado, el trabajo era principalmente unidisciplinar o monodisciplinar, la tendencia actual yace en la multidisciplina e incluso se observa en la literatura un esfuerzo consciente y pujante en Iberoamérica impulsado tanto por psicólogos como psiquiatras hacia la interdisciplina e incluso la transdisciplina. Sin embargo, es necesario definir cada postura.

La unidisciplina consiste en el estudio e intervención sobre una problemática desde una sola disciplina, por lo que hay un recorte. Aplicado al dispositivo psi, lleva a considerar la salud/enfermedad como un concepto dicotómico unicausal y, por lo tanto, que considera al sujeto como dividido, fragmentado, extraído de su contexto, ideal y ahistórico.

La multidisciplina es un enfoque caracterizado por una yuxtaposición de áreas del conocimiento en la cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas (Elichiry, 1987). De tal forma que se piensa en el proceso salud/enfermedad/atención como un proceso dinámico y multicausal pero que, por su naturaleza, fragmenta al sujeto como consecuencia de la parcelación de la intervención.

Sin embargo, es necesario considerar una advertencia que separa la enunciación de la multidisciplinariedad en los reglamentos e intenciones de la institución de la aplicación práctica en la realidad. Es decir, que puede que la "realidad sea que muchos de los supuestos "equipos" no sean más que

¹⁰ Campo de acción en el que práctica y teoría se encuentran.

agrupaciones de profesionales de distintas disciplinas que comparten un espacio durante su jornada laboral” (Chicharro Lezcano, 2007).

La interdisciplina es un enfoque que requiere ciertos requisitos específicos: el trabajo en equipo, la intencionalidad, la flexibilidad, la cooperación recurrente y la reciprocidad. Lo anterior implica reconocer que la disciplina que se desempeña tiene límites, mismos que el abordaje tiene que trascender a través de la integración de distintos saberes profesionales y no profesionales. Aplicado al dispositivo psi, este enfoque considera el padecimiento como estructura, por lo que se busca un marco común para enlazar los saberes necesarios para comprenderlo. La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo esta considerada como una totalidad estructurada pero a la vez estructurante. La interdisciplina se basa en la complejidad y la unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro. La interdisciplina incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación (Elichiry, 1987).

Aquí aparece una advertencia análoga a la que se plantea respecto de la multidisciplinaria al mencionarse que una cooperación ocasional no es interdisciplina, dado que la interdisciplina es una postura que obliga al reconocimiento de la incompletud de las herramientas de cada disciplina y empuja hacia “la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas –de época– atravesando distintos saberes disciplinarios” (Stolkinier, 2005), la interdisciplina requiere de la acción cooperativa constante de los sujetos.

La transdisciplina es un enfoque que se caracteriza por el esfuerzo de pensar en una posible articulación y diálogo entre varias disciplinas con el objetivo de enriquecer la propia visión disciplinaria, esto permite enriquecer el análisis de

los fenómenos y, a diferencia de la interdisciplina, “contribuye a constituir un verdadero mapa cognitivo en común, que comparte una metodología y una epistemología que sirven para ligar conceptualmente las diferentes orientaciones de análisis, un proceso que luego se aplica en la praxis social.” (Fair, 2010). Es decir, va más allá y busca establecer tanto una lógica de interrelación recíproca, como una conexión y diálogo integral basándose en las fronteras cada vez más difusas y porosas entre las disciplinas y subdisciplinas.

Aplicado al dispositivo *psí* consistiría en dar un paso atrás y reconocer que la multidimensionalidad del ser humano no es más que eso: el ser humano en sus múltiples dimensiones y, por lo tanto, sería estéril insistir en la tajante separación entre ellas como si el movimiento en una de ellas no afectara al resto. En lugar de ello sería necesario reconocer la complementariedad entre las disciplinas para comprender la complejidad del ser humano como un ser histórico, biológico, psicológico, social y cultural (Libreros Piñeros, 2012).

Por otra parte, considerar la complejidad del ser humano no implica abandonar la especialización sino poder transitar entre ellas a partir de una matriz en común con el fin de enriquecer ambas y, en el proceso, construir un lenguaje y epistemología común.

Cabe mencionar que este enfoque se encuentra en una situación paradójica en la actualidad: por una parte, se reconoce como la postura más idealista por lo utópico de su empresa al proponer que “las disciplinas se organicen en torno a un único paradigma teórico o adopten en conjunto una metodología particular” (Inglott, 1999); lo problemático radica, no en la exigencia de este eje transdisciplinar que reorganice las disciplinas en un nuevo nivel epistemológico, sino en definir y ubicar ese nuevo nivel que “podría tratarse de un metalenguaje o metaciencia” (Inglott, 1999) a riesgo de caer en un nuevo imperialismo intelectual.

Mientras que, por otra parte, muchos centros de salud mental de Iberoamérica (Tobón, 2005) (Parisí, 2006), Europa (Roudinesco, 2000) y Estados Unidos (Webster, 2018) se han organizado implícita y gradualmente alrededor de una matriz psiquiátrica biologicista inclinada hacia la psicofarmacología. Este hecho parece estar determinado por la cada vez mayor demanda de la sociedad de los servicios de salud mental, así como una necesidad de mayor eficacia, efectividad e inmediatez de los efectos terapéuticos.

1.5 Cruce: Las coordenadas del dispositivo psi y sus elementos.

A primera vista es posible encontrar en estos enfoques puntos en común y desacuerdos muy nítidos, sin embargo, lo que no queda del todo claro es cómo organizarlos de forma que se tome lo mejor de cada uno de ellos. Este será nuestro intento, pero para comenzar habrá que ubicarlos cada uno en su propia lógica histórica para develar de una mejor manera lo que buscamos construir alrededor de estas concepciones.

El enfoque de la escuela de Frankfurt es el que más se alinea con las ideas de la modernidad en su búsqueda por una alternativa a la razón instrumental que permita a la humanidad evitar la alienación, la cosificación, la sistematización y el desprecio a través de las soluciones que ofrecen la razón social, la dialéctica negativa, la racionalidad comunicativa y la lucha social por el reconocimiento. Inspirados en Marx y Hegel, principalmente, la agenda de la escuela de Frankfurt es una teoría crítica con un fin teleológica que inspiró varios movimientos sociales y que, a pesar de rechazar el Gran Relato de la Ilustración y el uso de la racionalidad que ésta propone, si actuó en favor del Gran Relato Marxista, aún si éste fue modificado por ellos.

De la Escuela de Frankfurt tomaremos distintos conceptos que quizá nos puedan ser útiles. De la primera generación, los conceptos de alienación y cosificación serán retomados y la dialéctica en general, no sólo negativa, será desechada en favor de la lógica dialógica de nuestras siguientes propuestas. De la segunda generación tomaremos la conceptualización de la sociedad en dos niveles: el mundo de la vida y el sistema, dada su amplitud de aplicación. Finalmente, de la tercera generación, es interesante la teoría de la lucha social por el reconocimiento en el sentido de que nos ayudará a desarrollar lo que denominaremos la dinámica del sistema complejo-integral.

El esquema rizomático de Deleuze y Guattari es esencialmente un modelo posmoderno de la multiplicidad e irreductibilidad que postula un modelo en el que todos los elementos son igual de importantes y cuyos seis principios (de conexión, de heterogeneidad, de multiplicidad, de rupturas asignificantes, de cartografía, de calcomanía) nos dejan con una sensación de liquidez, fluidez e indeterminación intrínseca.

Si bien, es interesante su postura es necesario ser crítico con estos principios: el principio de conexión zanja su problema con sus posibilidades infinitas de interrelación pero no especifica si el rizoma es un sistema abierto o cerrado; el principio de heterogeneidad y multiplicidad se contradicen ya que los constituyentes del modelo se homogeneizan en la figura del rizoma mismo a la vez que niegan esa posibilidad, por otra parte es interesante la concepción de los puntos del rizoma no como unidades sino como dimensiones; el principio de rupturas asignificantes nos generan el problema de un movimiento inconsecuencial dentro del rizoma; y finalmente, los principios de cartografía y calcomanía que nos muestran el modelo como incompleto, en construcción y experimental nos hablan de lo inacabado del proyecto además de ser una sincera y sobria descripción del mismo.

Por otro lado, Edgar Morin no nos ofrece un modelo como tal sino un mapa y una hoja con instrucciones. El enfoque de la complejidad es de una inspiración posmoderna que, sin embargo, toma todas sus bases de la modernidad, especialmente en su ambición de concebir una “ciencia nueva”; es decir, es metamoderno. El paradigma de la complejidad nos advierte que éste no equivale a eliminar a la simplicidad, que también engloba, ni alcanzar la completud, aspiración imposible; sino que la complejidad es aquello que se resiste a ser reducido y que, gracias a ello, logra reunir lo uno y lo múltiple, lo antagónico y lo complementario, el desorden y la organización en un sistema interactivo y dialógico.

Si bien el paradigma de la complejidad es contrapuesto al de simplicidad, es necesario discernir la diferencia en el modo de acción: mientras que el segundo se basa en los principios de disyunción, reducción y abstracción, el primero se basa en los principios de distinción, conjunción e implicación. La complejidad remite a un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados. De esta manera se distingue del modelo del rizoma, en la complejidad todos los elementos o dimensiones están asociados inseparablemente por lo que el movimiento de uno afecta al de todos, mientras que en el rizoma las conexiones se dan y se rompen de manera inconsecuente.

Además cabe mencionar la importancia de los conceptos de unidad, multiplicidad, sistema, heterogeneidad, incertidumbre e incompletud que componen este enfoque, sin olvidar los tres principios que Morin pugna como indispensables (además de los tres ya antes mencionados) para cualquier enfoque complejo: el principio dialógico (que coincide con la lógica metamoderna y nos otorga una alternativa a la dialéctica que, como la Escuela de Frankfurt nos advirtió, puede desembocar en reduccionismos), el principio de recursividad organizacional (que nos permite leer cómo el dispositivo crea sujetos que, asimismo, inciden en el dispositivo) y el principio hologramático (que resuelven los

problemas planteados por los principios de conexión y de rupturas asignificantes del modelo del rizoma). Si bien la complejidad también pone el acento en la incertidumbre y la incompletud como el modelo de Deleuze y Guattari, aquí éstas tienen lugar con base en el enfoque de la complejidad como un sistema abierto.

Finalmente, Ken Wilber también nos ofrece un enfoque metamoderno, dado que el OCON es el mejor organizado y útil a la usanza de la modernidad, a la vez que permite la inclusión de toda teoría humana a la usanza posmoderna inspirada por Feyerabend. Dado que el modelo de Wilber es el mejor planteado, desarrollado y trabajado sería interesante, entonces, aplicar lo que hemos recuperado de los otros enfoques al sistema OCON, lo cual, ya veremos, nos dará como resultado un modelo ligeramente modificado a partir del cual será necesario dar un paso más allá.

El OCON es un sistema abierto heterogéneo, múltiple y flexible (sin rayar en la anarquía de otras propuestas), sin embargo, tiene algunas diferencias claves que no le permiten ser cien por ciento compatible con el enfoque complejo de Edgar Morin. Es claro que el sistema cumple con los principios de distinción, conjunción e implicación en cuanto al tratamiento de los elementos que lo constituyen, pero lo que no queda tan claro es como éstos se relacionan e incluso en momentos parece ser que Wilber nos autoriza para introducir cualquier elemento que pueda encontrar su lugar en cualquiera de los cuadrantes, ya sea como estado, nivel, línea o tipo.

En este sentido parece que quizá lo más beneficioso sería considerar el sistema como intrínsecamente conectado en todos sus elementos o dimensiones, ya que de otra forma caeríamos en la multidisciplinaria, que simplemente funge como punto de reunión, en vez de la transdisciplina, que atraviesa todo el conjunto. Gráficamente lo anterior podría traducirse como una revisión de las líneas que dan forma a los cuatro cuadrantes: en vez de líneas cerradas, líneas punteadas. Lo

anterior incluso nos ayudaría a visualizar el OCON como un sistema abierto con fronteras claras a la vez que porosas, lo cual añade a la idea de un funcionamiento basado en elementos interdependientes.

Así, tendría mayor facilidad de aplicación los principios de recursividad organizacional y hologramático al sistema. Para terminar con las aportaciones de Morin en este apartado me parece que sería necesaria la revisión de dos conceptos: la concepción holística del sistema y los niveles de desarrollo. En cuanto al primer punto, nos ubicaríamos en directa oposición con la idea de incompletud de la complejidad e incluso es uno de los peligros que Morin nos advierte en lo concerniente a los sistemas que buscan oponerse al paradigma de la simplicidad, por lo que sería necesario abandonar el holismo ante la imposibilidad de dicha empresa y aceptar nuestra limitación de describir lo real. En relación con el segundo punto, la idea de desarrollo nos remite a un movimiento orgánico (y, hasta cierto punto, controlado), compatible con la concepción de Wilber, que dista de una realidad que muchas veces se nos presenta como impredecible y caótica, por lo que la propuesta de niveles de complejidad parece más adecuada, sin abandonar la idea de desarrollo que apunta más al movimiento que a los alcances de este.

En cuanto a las ideas de la escuela de Frankfurt podemos rescatar que éstos, de igual manera, remiten más al movimiento, por lo que los retomaremos más adelante. Del modelo rizomático de Deleuze y Guattari, por otro lado, nos limitaremos a los dos últimos principios, ya que al resto ya los incluimos implícita o deliberadamente abandonamos en el desarrollo de esta construcción. Los principios de cartografía y calcomanía entran con naturalidad en nuestra conceptualización, ya que armonizan con la idea de incompletud e incertidumbre de la complejidad, así como con las ideas de Wilber de un trabajo en constante progreso.

Habiendo zanjado estas consideraciones básicas (que dejan casi sin tocar a las nociones de cuadrante, línea, tipo y estado), podemos ahora tocar un punto inédito: la dinámica del sistema complejo-integral (como lo denominaremos a partir de este punto).

La dinámica, o el movimiento, del sistema complejo-integral es un tema que Wilber toca muy por encima debido a una concepción muy peculiar del mismo y que, como ya se ha mencionado, consiste en un desarrollo orgánico y sostenido de inspiración piagetiana, en el sentido que conforme se avanza, lo anteriormente aprendido es incluido en el nuevo estadio. Sin embargo, la realidad no siempre avanza de manera tan armoniosa, por lo que es necesario dar cuenta de esas rupturas que fuerzan un cambio; sobre todo considerando que Wilber sólo menciona en este sentido las experiencias cumbre como atisbos de los niveles más desarrollados, siendo que quizá éstas puedan ser consideradas de forma más veraz como excepciones que nos elevan a la dimensión etérea de lo sublime.

Ya hemos dado los primeros pasos al respecto del tema al considerar el sistema complejo-integral como abierto y compuesto por dimensiones intrínsecamente conectadas de tal forma que el movimiento de una afecta al resto, asimismo ya hemos considerado el principio de recursividad organizacional que disloca la relación causa-efecto mostrando como el efecto es, al mismo tiempo, causa de lo que lo produce y el principio hologramático que considera que no sólo la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte.

El lector más atento podrá darse cuenta de que no se ha mencionado el principio dialógico, pero esta omisión es deliberada. El principio dialógico es la principal conceptualización de movimiento dentro del sistema al permitir la irreductibilidad de los elementos, mantener la multiplicidad y heterogeneidad inherente al sistema, así como la dualidad que permite relaciones de complementariedad y antagonismo entre elementos y dimensiones. Esta dinámica

dialógica a la metamoderna tiene efectos distintos a la dialéctica, ya que mientras la segunda marca un movimiento tesis-antítesis-síntesis que desemboca en el absoluto, la primera no permite detenerse en una síntesis que aspire a cristalizar el conocimiento, como lo temía la teoría crítica, ni necesita mantenerse en la antítesis para seguir abierta; tomando otra senda, el movimiento dialógico se basa en nociones básicas que generan efectos a su paso, a veces complementándose, otras antagonizando, sin lograr una identificación y, por consecuencia, manteniendo una tensión constante y perenne.

Ahora, cabría preguntarse cómo es que este sistema complejo-integral puede ser aplicado en el campo clínico. Con esta misma misión, Ken Wilber propone la medicina integral: el cuadrante superior-derecho se ocuparía del cuerpo con intervenciones casi exclusivamente físicas; el cuadrante superior-izquierdo abarcaría los factores subjetivos; el cuadrante inferior-izquierdo daría cuenta de las creencias, visiones y valores culturales compartidos, es decir, los factores intersubjetivos; el cuadrante inferior-derecho estaría compuesto por los factores materiales, económicos y sociales del sistema social en su conjunto. Los anteriores serían considerados los cuadrantes acerca de la causa y gestión de la enfermedad, mientras que los niveles a tomar en cuenta serían los físicos, emocionales y mentales.

Horacio Foladori en su libro *La intervención institucional* (2008) desarrolla lo que él denomina la teoría de la fisura: en ella considera la teoría del cambio institucional y por lo tanto las nociones de cambio posible e imposible. La diferencia, nos propone el autor, es la presencia o ausencia de una fisura. Existen dos actores principales en este problema: lo instituido y lo instituyente. El movimiento se marca con base en el efecto del instituyente, o motivo de cambio, sobre lo instituido, o fijado; en este sentido puede haber un cambio previsto y normado que puede ser denominado como reformista o puede tener lugar un cambio rupturista, que supone la disolución y por lo tanto es revolucionario. Este

cambio no es fortuito, sino que para el autor es determinado por dos vectores: el político (o del poder) y el psicológico (o de la subjetividad).

Es necesario echar mano de estos conceptos por una simple razón que no escapa a los objetivos: hablar de entropía y neguentropía nos mantienen en el ámbito abstracto del paradigma de la simplicidad. Además, que ambos vectores el del poder y de la subjetividad se alinean de una forma muy interesante con aquellos de la escuela de Frankfurt del sistema y el mundo de la vida. Sin embargo, la importancia de los aportes de Foladori es que nos permiten considerar el movimiento dentro del sistema más allá del desarrollo, sin renunciar a él.

Deberíamos ser capaces, entonces, de distinguir entre dos tipos de dinámica dentro del sistema: el desarrollo marcado por un cambio previsto, normado y reformador y el acontecimiento que signa una ruptura o cambio revolucionario. De tal forma que podemos también discernir cómo es que este cambio se hace presente: dentro del sistema podemos conceptualizarlo como la tensión, más sostenida y llevadera en el primer caso y más fulminante y definitiva en el segundo. Aunque en la realidad quizá podamos verla en diferentes fenómenos, podemos destacar los siguientes: en el ámbito social como la lucha social por el reconocimiento dentro de la cultura y el sistema, mientras que en el ámbito personal como angustia e incertidumbre.

La posibilidad que nos plantea la dinámica del sistema complejo-integral es la de permitirnos un diagnóstico que escapa a la patología y en su lugar puede ofrecer las nociones de cosificación y alienación, la primera como desborde un cuadrante al otro y la segunda como acentuación desmedida de una dimensión en detrimento del resto. Incluso quizá sea necesario retomar las nociones básicas de exceso y falta que son la base de la psicopatología y dejar la enfermedad a la medicina para indicar una disfunción del cuerpo.

Resumiendo, el sistema complejo-integral es un sistema abierto heterogéneo, múltiple y flexible cuyos elementos o dimensiones están intrínsecamente conectados y que aplica los principios de distinción, conjunción, implicación, incompletud, incertidumbre, recursividad organizacional y hologramático. Este sistema está compuesto por cuatro cuadrantes o dimensiones básicas, niveles de complejidad, líneas teóricas o específicas, estados de consciencia y tipos que son íntimamente dependientes entre sí.

La dinámica del sistema complejo-integral se suscribe a una lógica dialógica que distingue entre el cambio previsto, normado y reformador que desemboca en el desarrollo y el cambio rupturista y revolucionario que se cierne en torno al acontecimiento. Su aplicación en el campo clínico sería, en primera instancia, la de una herramienta que nos permita dar un diagnóstico integral y en segunda, un mapa de intervención que nos permite graficar el trayecto de nuestra labor. Esquemáticamente la base estructural del Sistema Complejo-Integral sería la siguiente con algunos puntos indicando a los elementos que se relacionarían dentro:

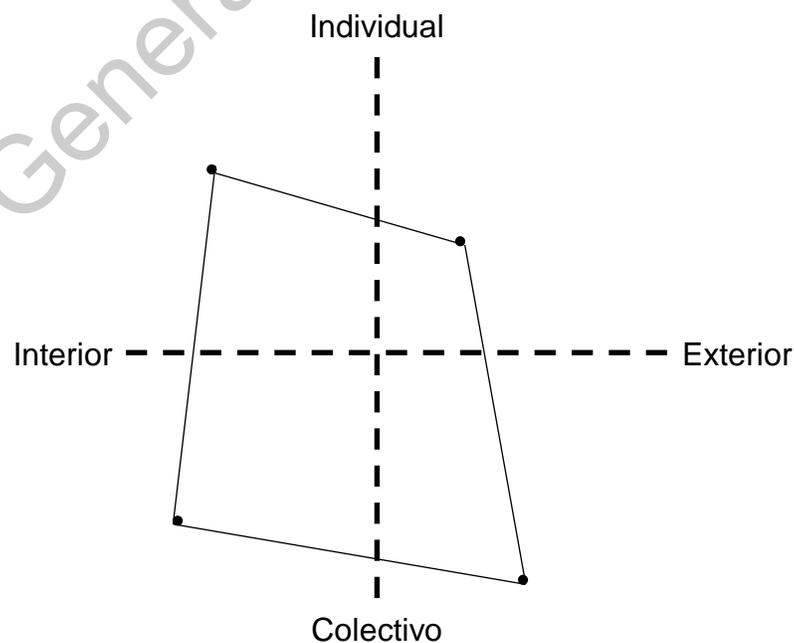


Ilustración 6. Esquema 1.

1.6 Psicoanálisis.

Con base en el sistema complejo-integral es posible avanzar hacia el análisis de cualquier dispositivo, sin embargo, no basta con establecer la estructura y su dinámica, también es necesario dilucidar el estatuto de cada uno de los elementos o dimensiones que se vierten y las relaciones que se establecen. En este punto ya no estaremos tocando lo referente a la estructura y su funcionamiento directamente, sino a los elementos que se instalan dentro de ella y su relación que permite la dinámica y el intercambio entre ellos que hemos mencionado indirectamente.

Cada uno de los elementos serán denominados tropos, palabra derivada del griego *trópos* y el latín *tropus* que designa “*el uso de una palabra con un sentido diferente al que le es propio*” (Real Academia Española, 2014).

Resulta curiosa la definición a la luz de la teoría psicoanalítica lacaniana que establece que ningún significante está emparejado con ningún significado que le pueda resultar naturalmente propio, y es sólo a través del punto de capitón como momento específico en la cadena signifiante que ambos puedan encontrarse. De tal manera que en conjunto con la teoría psicoanalítica que establece la imposibilidad de una relación estática entre significante y significado, cualquier elemento funciona a manera de tropo. Es decir, no importa cuánto se quiera establecer una estabilidad a los elementos en un dispositivo, siempre tendrán un sentido propio por el simple hecho del tipo de dispositivo que se habite, o sea, el mismo elemento puede devenir completamente diferente si se le lee desde el dispositivo disciplinario o el dispositivo de la sexualidad, siendo ambos sentidos válidos. En otras palabras, el tropo designa y es designado dentro del dispositivo en que se encuentre.

En el apartado de la relación entre los elementos retomaremos los conceptos de unidisciplina, multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina y abandonaremos la disciplina para volver los prefijos adjetivos de relación (uni, multi, inter, trans). De esa forma podemos describir las formas de relación que se presenten en el dispositivo, sin embargo, este punto no será profundamente problematizado, baste con saberse que en la relación entre saberes es más que suficiente utilizar la disciplina como apellido correcto, siendo que posiblemente en otros casos sea necesario usar la categoría de lateralidad. Cabe advertir también que debido a la perenne dinámica entre los tropos y los individuos que se ven inmersos en el dispositivo las relaciones serán siempre cambiantes y podrán mutar a través del tiempo, por lo que aquello plasmado y formalizado no son más que momentos de relación y enfoque entre los distintos tropos.

Sin embargo, será necesario retomar otros aportes de la teoría psicoanalítica antes de avanzar. ¿Por qué insistir en el psicoanálisis? Si bien el dispositivo está compuesto por distintos elementos de distinta índole y naturaleza, para su análisis dentro del sistema complejo-integral es necesario el devenir de todo ello en lenguaje para su estudio y que mejor teoría para auxiliarnos que el psicoanálisis dado que desde Freud es considerado un método de investigación y es precisamente el giro lingüístico a partir de Lacan el que nos permite dilucidar de una manera distinta el concepto de tropo como significante no determinado a priori.

Otro de los aportes que nos puede otorgar el psicoanálisis es en relación con lo ya establecido en el carácter dialógico del modelo complejo-integral, a saber, la teoría del conflicto psíquico. Si bien en Freud se reconocen los antagonismos entre polos opuestos en interminable pugna (pulsión de vida y pulsión de muerte, el individuo y la cultura, etcétera), parece ser que la complejidad no hace más que multiplicar los elementos en pugna, sin embargo, lo noble de esta concepción es que precisamente apunta a un diálogo constante que

genera consecuencias y efectos a diestra y siniestra sin agotarse, sino en un constante e insistente reacomodo. Lacan en una ocasión incluso llegó a decir que “no hay progreso. Lo que se gana por un lado, se lo pierde por el otro. Como uno no sabe lo que se ha perdido, uno cree que se ha ganado.” (Lacan, 1975)

Dada la importancia de estos aportes y su utilidad teórica para analizar los tropos contenidos en los dispositivos y, por ende, en el sistema complejo-integral, la teoría psicoanalítica será fundamental para el presente trabajo como soporte de la lógica dialógica y la naturaleza de los tropos, elementos básicos de nuestra concepción. Asimismo, nos serán de utilidad los aportes concernientes ya una vez obtenidos los datos que puedan rescatarse del trabajo de campo, con el fin de obtener intelecciones más allá de lo meramente manifiesto.

Ante el alto grado teórico de lo ya establecido en este apartado se nos presenta como necesario cuestionarnos la utilidad del sistema complejo-integral y, por ende, ponerlo a prueba al aplicarlo en una institución con una importancia y pertinencia que nos permita sopesar sus alcances y limitaciones, con este fin se ha elegido al Centro Estatal de Salud Mental por ser el principal encargado oficial de la salud mental en el Estado de Querétaro e involucrar en sus actividades a profesionales de diferentes disciplinas lo que nos permite aprehender de manera más completa el dispositivo psi.

2. Pregunta de investigación.

La pregunta que detonará el trabajo de campo es en torno al dispositivo psi en el Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro: ¿Cómo se estructura el dispositivo psi del CESAM en cuanto a las características de interrelación entre los distintos actores que interactúan dentro de él, tomando en cuenta la complejidad del sistema y su incidencia en la efectividad de la atención institucional?

III. Objetivos.

Objetivo general.

- Analizar el modelo de interrelación entre disciplinas profesionales dentro del Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro a través de un diagnóstico institucional.

Objetivos específicos.

- Estructurar el concepto de dispositivo psi basado en la realidad concreta del Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro.
- Aprender la complejidad del dispositivo psi a través de sus distintas dimensiones
- Aplicar los paradigmas emergentes en el análisis del dispositivo psi en el Centro Estatal de Salud Mental de Querétaro.

IV. Metodología.

1. Tipo de investigación.

La presente investigación es exploratoria y tiene un enfoque cualitativo. El paradigma interpretativo usado es el análisis conversacional, cuya utilidad reside en el hecho de poder conocer la realidad, cultura y situación de la institución a través de la conversación con los agentes involucrados en ella y que son los encargados de su funcionamiento. Los procedimientos para la obtención de la información han sido la investigación documental, las historias de vida y las entrevistas semiestructuradas a profundidad, mientras que la técnica de análisis de datos ha sido la categorización.

Dado el carácter voluntario de la participación de los entrevistados es necesario recalcar que no se tomó una muestra significativa estadísticamente, sino que se recogió el testimonio de todos aquellos que estuvieran disponibles y

mostrarán disposición a responder las preguntas. Éstos, en específico fueron 11 psicólogos, 10 médicos psiquiatras, 4 enfermeros y 2 trabajadores sociales de ambos turnos y de las distintas áreas de atención del centro. Asimismo, tres de los psicólogos entrevistados también ofrecieron un invaluable testimonio a través de una entrevista profunda acerca de la historia de la institución, estos fueron escogidos con base en su antigüedad en la institución.

Debido al carácter exploratorio de la investigación se optó por aquellas técnicas que nos pudieran aportar un testimonio más amplio y subjetivo acerca de la situación institucional percibida desde la bidimensionalidad de los actores: desde los ámbitos personal y laboral. De tal manera que las preguntas fueron diseñadas con la intención de conocer sus puntos de vista desde ambos costados que hicieron explícita una constante tensión entre ambos polos.

2. Población.

El personal de la institución, específicamente el que tiene interacción directa con los pacientes, a saber, de medicina psiquiátrica, psicología clínica, trabajo social y enfermería han sido los entrevistados. Debido al carácter cualitativo, voluntario y exploratorio de la investigación no se ha tomado una muestra representativa, sino que se ha entrevistado a todo el personal disponible. Sin embargo, la cantidad de entrevistados de cada profesión es aproximadamente proporcional al grueso de la plantilla encontrando apertura y accesibilidad con psicología, psiquiatría y enfermería, caso aparte es servicio social que impuso mayor resistencia.

A partir de sus testimonios se construye la imagen de la realidad institucional sin afán de pretender que ésta equivalga al total efectivo de ella, ya que también es notable la mayor participación de profesionales de psicología y psiquiatría.

La duración de las entrevistas ha sido variable en función de la extensión de las respuestas recibidas, el tiempo disponible y la elaboración de preguntas adicionales que fueran pertinentes para obtener más información y/o aclarar dudas. Las entrevistas fueron aplicadas en el espacio de trabajo de los entrevistados, a saber, sus consultorios y áreas asignadas dentro del CESAM a través de citas acordadas dentro de su horario laboral con el fin de facilitar su disponibilidad y evitar interferir en sus labores habituales.

A continuación, se presenta el cronograma de aplicación de las entrevistas semiestructuradas, mismas que duraron en promedio entre quince y sesenta minutos, dependiendo del tiempo que tuvieran disponible, mientras que las historias de vida o historias orales acerca de la historia del CESAM duraron en promedio entre treinta minutos y una hora. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en los respectivos consultorios y áreas de trabajo del personal.

Fecha	Profesión	Finalidad
1/Agosto/2019	Psicólogo 1	Historia del CESAM
21/Agosto/2019	Psicólogo 2	Historia del CESAM
27/Agosto/2019	Psicólogo 2	Entrevista
	Psicólogo 3	Entrevista
	Psicólogo 4	Entrevista
28/Agosto/2019	Psicólogo 5	Historia del CESAM
	Psicólogo 5	Entrevista
	Médico psiquiatra 1	Entrevista
	Médico psiquiatría 2	Entrevista
	Psicólogo 1	Entrevista
	Psicólogo 6	Entrevista
	Médico psiquiatría 3	Entrevista
29/Agosto/2019	Médico psiquiatría 4	Entrevista
	Psicólogo 7	Entrevista
	Médico psiquiatra 5	Entrevista
	Médico psiquiatra 6	Entrevista
	Psicólogo 8	Entrevista
	Psicólogo 9	Entrevista
	Médico psiquiatra 7	Entrevista

	Médico psiquiatra 8	Entrevista
30/Agosto/2019	Psicólogo 10	Entrevista
	Psicólogo 11	Entrevista
	Médico psiquiatra 9	Entrevista
10/Octubre/2019	Psicólogo 1	Historia del CESAM
24/Octubre/2019	Trabajadora social	Entrevista
	Trabajadora social	Entrevista
25/Octubre/2019	Enfermera	Entrevista
	Enfermera	Entrevista
29/Octubre/2019	Enfermera	Entrevista
	Enfermera	Entrevista

3. Técnicas o instrumentos.

Entrevista semiestructurada:

Instrucciones para los entrevistados:

En primer lugar, se le pedirán algunos datos generales con el fin de conocer las características del personal que conforma la institución. Posteriormente, se le preguntará acerca de su experiencia dentro del CESAM.

Datos:

Edad:

Grado académico:

Antigüedad en la institución:

Preguntas:

1. ¿Qué funciones desempeña dentro del CESAM?
2. ¿Cómo ha sido su experiencia personal dentro del CESAM? ¿Cómo es un día cotidiano para usted dentro de la institución? ¿Cómo se siente con esa rutina?
3. ¿Cómo describiría su desempeño profesional laborando en el CESAM?

4. De acuerdo con su experiencia, ¿cómo describiría el modelo de acciones para la salud mental que es aplicado en el centro, considerando que éste engloba la prevención, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento? Si pudiera darle un nombre, denominación o etiqueta a este modelo, ¿cuál escogería?
5. ¿Cómo se relaciona su desempeño profesional con el del resto de las personas que laboran en las distintas áreas del centro (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería)?
6. De manera general, ¿cómo percibe la colaboración entre las diferentes áreas de intervención?
7. ¿Qué tipo de pacientes considera que requieren de una atención más integral, es decir, de mayor colaboración entre los profesionales encargados del caso?
8. En relación con el expediente del paciente, ¿lee las notas clínicas antes o después de atenderlo? ¿Qué notas lee? ¿las suyas únicamente, las de sus colegas o ambas? Si hay un diagnóstico establecido, ¿usted lo retoma o hace uno propio? ¿Qué instrumentos o técnicas le sirven el diagnóstico? ¿Hace uso del DSM o el CIE?
9. ¿Considera necesario un espacio apropiado para discutir casos con otros colegas? ¿Por qué (no) sería necesario? ¿Con qué tipo de colegas y de qué área establecería un diálogo? ¿Sería viable?
10. ¿Considera necesaria la implementación de sesiones conjuntas, es decir, que en una misma sesión y con un mismo paciente puedan intervenir profesionales de diferentes disciplinas con fines de evaluación, diagnóstico o tratamiento? ¿Por qué (no) sería necesario? ¿Con qué tipo de colegas y de qué área trabajaría? ¿Sería viable?
11. ¿Qué otra propuesta tendría para trabajar con una persona desde varias disciplinas? ¿Cómo imagina que se pudiera implementar? Si ésta se llegará a implementar, ¿Qué efectos tendría en su desempeño en el trabajo?

Las primeras tres preguntas apuntan a la dimensión micro o personal y buscan conocer los siguientes datos:

1. Establecimiento del lugar que ocupa el profesional dentro de la institución y sus funciones.
2. Conocimiento de la experiencia subjetiva del profesional.
3. Percepción subjetiva de la situación laboral del profesional.

Las preguntas cuatro a la ocho pretenden conocer el proceso de trabajo en estas dimensiones específicas:

4. Apreciación de la percepción subjetiva del profesional sobre el funcionamiento del centro.
5. Conocimiento de la interrelación entre las distintas profesiones en diferentes áreas de intervención desde su punto de vista personal.
6. Percepción de la relación y colaboración entre las diferentes áreas de intervención del centro, desde un punto de vista más impersonal.
7. Reconocimiento de poblaciones consideradas de una mayor complejidad clínica.

La última serie de preguntas (de la nueve a la once) ahonda en las diferentes modalidades de interrelación existentes y posibles a través de propuestas puntuales y aportaciones del personal. Sus fines específicos son los siguientes:

9 & 10. Conocimiento de la postura del profesional ante una propuesta de posible trabajo entre varias disciplinas.

11. Implicar al entrevistado al invitarlo a proponer una modalidad de trabajo entre varias disciplinas que refleje sus inquietudes e intereses sobre el tema.

Lo anterior implica reconocer diferentes elementos en tres distintos niveles que al reunirse y conectarse dan forma a una dimensión del dispositivo psi desde la subjetividad de sus actores.

V. Resultados.

1. Entrevistas.

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas semi-estructuradas son los siguientes:

De la primera pregunta podemos discernir las divisiones laborales más importantes dentro del Centro Estatal de Salud Mental. Cabe mencionar que esta distribución del trabajo es múltiple y sólo es reconocida oficialmente en cuanto a la distinción entre profesiones, áreas y turnos, mientras que las diferentes clínicas y programas son una convención interna sin validez oficial. Por lo tanto, dividiremos la división del trabajo en dos categorías: normativa y convencional.

La división del trabajo normativa comprende tres tipos: por área, por profesión y por turno. La división del trabajo normativo por área entendemos la división generada con base en las diferentes funciones del personal, es decir, en las actividades principales que permiten el funcionamiento básico del centro: dirección, administración y atención al paciente. Dentro de la dirección encontramos al Jefe del Centro Estatal de Salud Mental (CESAM), el Responsable de Recursos Humanos y el Responsable de Enseñanza, dentro de este rubro podemos ubicar el puesto de Sub-Jefe, sin embargo, actualmente la posición está vacante y no tiene reconocimiento oficial. Dentro de la administración contamos con la Administradora de CESAM, así como todos los apoyos administrativos, asistentes, secretarias, personal de archivo, farmacia, caja, aseo y vigilancia. Finalmente, dentro de la atención al paciente contamos con todos aquellos profesionales de la salud mental que tienen contacto directo con la población que atiende el centro y será desglosada de mejor manera en el siguiente rubro.

La división del trabajo normativa por profesión se refiere a las distintas disciplinas que conforman el área de atención al paciente: el personal médico-psiquiátrico, de psicología, trabajo social y enfermería. Sus funciones, sin embargo, están determinadas por sus especialidades, maestrías e incluso intereses, mismos que se ven reflejados en la división del trabajo convencional. La división del trabajo normativo por turno es bastante simple y simplemente refiere a los turnos matutino y vespertino de la institución.

La división del trabajo convencional, por su parte, está conformada por dos tipos: por clínicas y por programas. Debido a su naturaleza íntimamente relacionada a la división del trabajo normativa por profesión, éstas tres se mezclan continuamente en la realidad laboral del centro. La división del trabajo convencional por clínicas diferencia entre la clínica de adultos y de niños y adolescentes, sin embargo, en la práctica encontramos subespecialidades dentro de las clínicas, así como atención que comprende a ambas.

De tal manera que en la clínica de adultos por parte de psiquiatría encontramos atención especializada de neuropsiquiatría y gerontopsiquiatría, mientras que por parte de psicología podemos discernir entre las distintas terapéuticas (cognitivo-conductuales, sistémicas, Gestalt y psicodinámicas) y poblaciones (trastorno de ansiedad, de personalidad, depresión, etc.). Mientras que en la clínica de niños tenemos a los paidopsiquiatras que se especializan en ciertas poblaciones dependiendo de divisiones de edad acordados por el personal, así como los psicólogos se especializan en distintas poblaciones (adolescentes o niños) y diagnósticos (TDA, por ejemplo) apoyados por atención de psicología educativa y neuropsicología. Entre ambas clínicas encontramos a los psicólogos con maestría en terapia familiar sistémica que proveen terapias familiares y de pareja.

La división de trabajo convencional por programas responde a la necesidad de distinguir aquellas actividades de atención a los pacientes que, sin embargo, escapan a las actividades normales del centro por su carácter tan específico. En general podemos discernir las actividades de rehabilitación psicosocial con pacientes psicóticos, prevención del suicidio con pacientes en riesgo y atención a pacientes víctimas de violencia, todos estos programas se caracterizan por contar con personal exclusivo a estas actividades. Además, podemos ubicar aquí también las actividades que corresponden al personal de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social como una carga laboral extra a sus actividades básicas, por ejemplo, las actividades extramuros que corresponden a talleres, fomento de la salud mental y la elaboración de peritajes para la Procuraduría General de Justicia de Querétaro. En psiquiatría podemos encontrar las urgencias que, aunque podría ser considerada dentro de las funciones del personal, en realidad las excede. En psicología localizamos los grupos terapéuticos, dispositivo que permite subsanar la distancia temporal entre citas con los pacientes individuales, psicoeducativos e incluso las escuelas para padres.

La segunda pregunta alude a la experiencia personal del personal dentro de la institución, es decir, de cómo se han sentido en el sentido más amplio. Debido a lo ambiguo que podía resultar la pregunta, fue necesario diseñar un par de preguntas que pudieran ayudarnos a obtener más información de manera indirecta por lo que después de preguntar acerca de cómo es un día cotidiano para los profesionistas interrogados y obtener una descripción del mismo, se les cuestionaba acerca de su sentir acerca de dicha rutina lo cual nos ofrece un panorama más amplio acerca de la percepción que se tiene de la estadía diaria del personal dentro del centro.

La mayoría de los testimonios coinciden en una primera instancia en describir su experiencia personal como buena, siendo este calificativo a la par que

la raíz bien y sinónimos (excelente; me gusta; lo disfruto; agradable; satisfactorio; grato; complaciente; cómodo) como los más comunes. Incluso hubo casos en los que se recalca el privilegio de ser parte de la institución como distintivo dentro del gremio dedicado a la salud mental. Sin embargo, este adjetivo casi siempre se veía matizado conforme se desarrollaba el discurso de los entrevistados, de tal manera que se discernía la saturación, la eventual adaptación a la rutina, la necesidad del cuidado de sí (en el sentido de tomar terapia, asistir a supervisión de casos, hacer ejercicio, etc.), el cansancio, la pesadez, el sacrificio, lo estresante y la monotonía.

De los entrevistados hubo una leve mayoría que registró una respuesta mixta que reconocía aspectos tanto positivos como negativos de su experiencia personal, el resto mostraron una percepción totalmente positiva y sólo una persona tiene una respuesta totalmente negativa que achaca a la prisa y falta de tiempo para atender a los pacientes como considera es debido.

La tercera pregunta nos permite acceder a información más específica que la anterior al enfocarse únicamente en el aspecto laboral, a saber, el desempeño profesional como empleado de la institución. En este sentido, casi todo el personal describe su desempeño profesional de manera positiva con adjetivos como bueno, excelente, adecuado y satisfactorio. Sin embargo, es interesante observar los parámetros o criterios autoimpuestos que sostienen su afirmación y que se dividen en enunciados positivos, negativos y autocríticos.

Dentro de los enunciados positivos se cuenta la satisfacción de los pacientes y sus familiares, el avance y la atención de los primeros, el contar con los conocimientos necesarios para atender los padecimientos que se atienden, el ejercicio con gusto de la profesión, el aprendizaje adquirido, la buena relación con la institución, el reconocimiento por parte de directivos, compañeros y pacientes, los aciertos, la alianza con las autoridades y la ayuda brindada a los compañeros.

Los enunciados negativos comprenden aquellos que niegan alguna falta, es decir, el hecho de no tener quejas o problemas, no haber recibido llamados de atención, ni reportes o conflictos o que los pacientes no fallen, o sea, no falten a sus citas. Los enunciados autocríticos unen ambas concepciones con un fuerte énfasis en mejorar como el resaltar los muchos aciertos frente a los pocos errores, reconocer la necesidad de actualizarse y prepararse, así como las limitaciones del centro, hacer el mejor esfuerzo y si se falla, corregir.

Uno de los testimonios más críticos de la situación actual de la institución es transversal a la experiencia personal y laboral de una manera aún más explícita y reconoce la mecanización y automatismo en que se encuentra el funcionamiento del centro. Posteriormente se hará eco de estos argumentos por otros actores en distintos momentos, por lo que se vuelve necesario recalcarla desde aquí, dadas sus consecuencias: se acentúa el aspecto monótono y estable de las actividades que, al mismo tiempo que producen algunos síntomas característicos del burnout, permiten el funcionamiento de la institución de una forma constante y perenne. Este punto desenmascara la compleja situación de la institución que genera múltiples efectos en su personal.

La cuarta pregunta indaga la percepción del personal acerca del modelo de acciones para la salud mental que es aplicado en el centro. Es necesario mencionar que estas acciones refieren a la prevención (o promoción de la salud mental), evaluación, diagnóstico, tratamiento (o seguimiento de pacientes o rehabilitación), por lo que es necesario dividir las respuestas en cinco categorías: aquellas que responden acerca del funcionamiento general del modelo de acciones para la salud mental y aquellas respuestas que se refieren individualmente a cada una de ellas. La percepción se divide, por lo tanto, en tres: positivas, negativas y omisión.

Con base en lo anterior podemos avanzar en cada una de las categorías. En la percepción del modelo en general la gran mayoría tiene una percepción positiva con una minoría que lo desapruueba y sólo un par de omisiones que se enfocan en otros aspectos. En cuanto a la prevención la mayoría considera que no se hace como tal en el centro o prefiere omitir sus comentarios por desconocimiento al respecto, la minoría la ve de manera positiva. Dada la cercanía de evaluación y diagnóstico se les menciona casi en conjunto y ofrecen percepciones casi similares, en su mayoría positivas con pocas críticas. El tratamiento se muestra como el aspecto visto de manera más favorable del conjunto.

Esta pregunta fue un fuerte estímulo para la crítica del funcionamiento del centro e incluso para resaltar las fallas y carencias que existen en el lugar. Uno de los puntos más importantes fue la contraposición entre las causas laborales y personales en cuanto a los problemas que se llegan a suscitar entre el personal. Se hace eco de la automatización o mecanización de la institución en la frase: “el centro funciona solo, hasta sin directivos funciona bien.” Entre las fallas y carencias se menciona un hospital psiquiátrico en el estado, liderazgo en la institución, atención extramuros, mejorar el área enseñanza y la calidad de académica, recuperar el área de investigación, dar prioridad a la buena atención y la ética, tener más y mejores pruebas psicológicas que respondan a las especificidades de la población que se atiende (por ejemplo, pacientes geriátricos o autistas), la falta de financiación, mejor manejo de la agenda, las pre-consultas y atender el alto grado de ausentismo de los pacientes.

Como parte de este rubro también se pidió que los entrevistados le asignaran un nombre, etiqueta o denominación al modelo. Para nuestra sorpresa ninguna de las respuestas se repite a *verbatim*, lo cual apunta a la multiplicidad de puntos de vista y heterogeneidad dentro de la institución, a la vez que a la falta de una dirección clara y común para el personal. Sin embargo, esta multiplicidad de

denominaciones puede ser dividida en cuanto a si se inclinan en mayor o menor medida como objetivas y subjetivas. Si bien, en un sentido estricto todas son subjetivas, las primeras se caracterizan por calificar al modelo de manera más descriptiva con base en las profesiones y su forma de interrelación, mientras que las segundas contienen un sesgo más personal y se caracterizan por el uso de adjetivos puntuales.

Por parte de las denominaciones objetivas listamos las siguientes:

- Modelo médico-psicológico-farmacológico.
- Modelo integral.
- Modelo institucional.
- Modelo médico-psicológico.
- Modelo en/de cadena.
- Modelo de atención médico-psiquiátrica moderno con la visión de la norma técnica que lo rige.
- Modelo CESAM.
- Modelo biopsicosocial, desde el punto de vista multidisciplinario.
- Modelo multidisciplinario en el área de salud mental.
- Modelo Querétaro del 2019 en Salud Mental del CESAM.
- Modelo CECOSAM o CESAM año 99.

En cuanto a las denominaciones subjetivas encontramos las siguientes:

- Modelo mejorable, por no decir insuficiente.
- Modelo profesional basado en la ética moral y conservadora del centro.
- Modelo caótico.
- Modelo constante.
- Modelo útil y de apoyo.
- Modelo en pañales.
- Modelo pésimo, torpe, ineficiente.

Además, encontramos un caso mixto:

- Modelo multi, inter y de montoterapia. (La última en el sentido de montón o amontonamiento)

Como último dato es necesario resaltar la ambición actual de las autoridades de pasar a un modelo único marcado por el Programa Querétaro en Salud Mental.

La quinta pregunta está directamente ligada con la tercera, pero a diferencia de aquella, que está enfocada al desempeño individual, ésta intenta dilucidar la interrelación entre las distintas áreas de atención al paciente dentro del centro, es decir, psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería desde la experiencia personal del entrevistado. En este sentido encontramos tres tipos de respuestas acerca del desempeño profesional en relación con el resto del personal: positivas, neutras y negativas. Las respuestas positivas corresponden a comentarios explícitos acerca del buen funcionamiento y/o relación entre profesionales en el centro, las respuestas neutras ofrecen comentarios más descriptivos y matizados que se encuentran entre ambos polos, aunque a veces tiendan levemente hacia uno de ellos, mientras que las respuestas negativas hacen hincapié en los fallos y errores de comunicación y colaboración.

La mayoría de las respuestas son neutras y tienden a describir acciones (“Trato de llevar a cabo la interrelación.” “Trato de ver por qué hay malas relaciones interpersonales”), instrumentos (“Es necesario un expediente bien formado en vista de un trabajo interdisciplinario para apuntar a un mismo objetivo con el paciente.” “Ver en el expediente el trabajo interdisciplinario o multidisciplinario.”) y formas de trabajo en equipo (“Es una relación directa. Mi trabajo repercute en lo que hacen los demás o lo que hacen los demás repercute en lo que yo hago. Tiene que haber mucha comunicación.” “Coordinación, colaboración, participación y ayuda con el paciente.” “La relación es constante.” “Los pacientes que vienen necesitan una atención integral.” “Depende de la

persona.”), así como respuestas positivas (Bastante bueno; satisfactorio; hay mucha comunicación; buena relación; me vinculó con todos; nunca he tenido graves broncas; no tengo conflictos con los demás) y negativas (Bastante difícil con la gente de nueva generación por la brecha generacional; a veces hay fricciones, malentendidos; complicado por limitaciones) en conjunto.

Dentro de las respuestas positivas encontramos enunciados positivos (Buena; excelente; bastante bien; buena relación con todos; es grato; hay apertura; buena comunicación; todos nos apoyamos) o negativos (No tengo problemas con nadie; no tengo conflictos con nadie; no he tenido dificultad) como en la tercera pregunta, de tal forma que se hace aún más patente su interrelación. Las respuestas negativas, por su parte, refieren a cuatro directrices principales: nostálgicas, estructurales, de comunicación y de problemas personales y/o laborales.

Las respuestas negativas nostálgicas apuntan a un buen o mejor funcionamiento previo del centro, más apegado a “los lineamientos, reglamentos y la comunicación con las personas”, mismo que “se ha perdido” y, por lo tanto, “el personal hace lo que quiere”. Estos comentarios hacen eco con la percepción de que “hace falta liderazgo” anteriormente mencionada. Las respuestas negativas estructurales enfatizan las debilidades institucionales a nivel macro y micro, a saber, la falta de personal de contención para atender urgencias, el manejo de la agenda, el conflicto que generó la falta de un subjefe o subdirector y la percibida falta de atención hacia la salud mental por parte del Estado. Vuelve a aparecer la figura de la institución autónoma a través del siguiente comentario: “La organización que tiene la estructura de funcionamiento permite que sigamos funcionando, aunque no haya nadie que esté supervisando.”

Los problemas de comunicación refieren a los fallos en la misma, ya sea por motivos laborales o personales, es significativo que las dos profesiones que

destacan en este rubro sean enfermería (con significativamente mayores menciones) y psiquiatría. En cuanto a la cuestión de problemas entre el personal encontramos que se dividen en personales y/o laborales, siendo este uno de los cuestionamientos centrales: si la raíz de problemas entre los profesionales es de orden laboral (es decir, delimitación de funciones y actividades que desempeña el personal, diferencias teóricas y/o prácticas en su labor, etc.) o personales (trato hacia las demás personas, conductas, personalidades, actitudes, ideologías, resentimiento, etc.) o una mezcla de ambas.

La pregunta anterior se enfoca en la experiencia personal del entrevistado, como se menciona anteriormente, con el fin de conocer desde su punto de vista la institución, sin embargo, se vuelve necesario develar de una forma más general e impersonal la colaboración entre las diferentes áreas de intervención, a saber, psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, eso es lo que nos ayudará a explorar la sexta pregunta. Dado que el entrevistado deja de ser el centro de la pregunta y le permite ver a la institución más allá de ellos es interesante observar cómo las relaciones entre las áreas se dilucidan de una forma más realista, es decir, con sus virtudes y defectos.

Las respuestas se dividen en unas cuantas positivas y una mayoría de mixtas, sin ninguna totalmente negativa. Éstas últimas tienden a marcar la existencia de buenas y malas relaciones, profundizando algunas veces en las probables causas para que la situación sea de una u otra manera de tal manera que se desarrollan con miras a mejorar o incluso detallar cómo es que sean deteriorado. Es necesario resaltar que existe una importante diferencia en la colaboración entre profesionales en cuanto al tratamiento y en cuanto al clima laboral, de tal manera que encontramos otro cruce entre relaciones laborales y personales que, aunque en teoría pueden ser separadas, en la práctica están todo el tiempo intersecándose entre ellas.

Las respuestas positivas resaltan una relación buena, armónica y adecuada, de colaboración y trabajo en equipo e integral en el que las áreas cumplen sus funciones, si bien hay posibilidad de mejora y a veces es necesario pedir la ayuda explícitamente. En la clínica de niños del turno matutino y en el turno de la tarde es más común tener comentarios positivos e incluso los mismos entrevistados observan la diferencia entre su situación, vista como más favorable, en comparación con la de sus compañeros de trabajo. Por ejemplo, se reconoce un protocolo bastante estructurado en clínica de niños, bajo el signo del buen trabajo y comunicación, a pesar de las circunstancias en que no queda claro, acerca de ciertas actividades, qué corresponde a cada uno de los actores involucrados y en el turno vespertino se reconoce el cuidado que se le da a mantener una buena relación y organización para lograr un trabajo integral.

Las respuestas mixtas se componen en muchos casos de comentarios positivos en cuanto a la colaboración en el tratamiento dirigido al paciente y el acento problemático puesto sobre la relación laboral y personal entre los profesionistas involucrados, con algunos entrevistados recalando que personalmente ellos no tienen esos problemas, realzando la importancia de la relativa distancia que permite tomar la pregunta para con el resto del personal y la institución.

Se sostiene la tensión entre atribuir los problemas que hay entre el personal de la institución a factores laborales y/o personales. Del costado personal los argumentos mencionados son los siguientes: las cuestiones personales (“me hiciste algo, no me caes bien”); las diferencias ideológicas; de escuelas; de formación académica y formación en cuanto a valores; el estrés; la desunión; “los compañeros difíciles que siempre tienen problemas unos con otros”; “un 75-80% de cordialidad entre el personal”; “institucionalmente todo está dado para que haya comunicación y se establezca un vínculo por lo que son cuestiones personales y no de normatividad las que generan diferencias entre los involucrados”; incluso se

llegan a mencionar situaciones de carácter psicopático, o en sus palabras, “hay gente que se pasa”. Un factor aunado a lo anterior es el hecho de que el personal del turno matutino tiene mayor antigüedad en la institución que el del turno vespertino. De este hecho se desprende que se considere que el turno matutino al tener bastante tiempo en la institución y conocerse bastante bien entre ellos, “en vez de ayudarles”, ha seccionado la institución bastante en áreas. Asimismo, la fragmentación del personal asociada a las divisiones planteadas al inicio del apartado desemboca en pequeños grupos de trabajo muy unidos, pero, al mismo tiempo, aislados del resto.

Del costado institucional se reconoce que hace falta hacer algunos ajustes y actualizaciones para que la normatividad sea más explícita y el funcionamiento de cada una de las áreas esté mejor estructurado y delimitado, en otras palabras, explicitar las funciones de cada área y profesionalista para poder definir límites que actualmente son muy difusos y generan conflicto al no quedar claro que actividades corresponden a quién (“eso no me toca, te toca a ti”), en conjunto con definir, actualizar y tener manuales de protocolos de atención y profesiogramas, que indiquen qué le toca a cada quién; también se acusa la falta de liderazgo y una estructura teórica apegada a normas técnicas de tratamiento y lo más científica posible y basada en evidencias, así como la dificultad asociada con los casos que implican una responsabilidad legal por las posibles repercusiones, la carga de trabajo que llega a exceder al personal, la falta de capacitación y profesionalización de personal, en específico el de enfermería.

Cuando se menciona la falta de comunicación se explica que todas las áreas han tenido esta dificultad en algún punto u otro debido a la falta de cohesión y/o falta de confianza para poder preguntar al otro, sin embargo, también hay ocasiones en las que se especifican las áreas que han tenido o tienen más inconvenientes en este sentido: entre los directivos y el personal, entre psiquiatría y trabajo social, entre enfermería y trabajo social para con el resto de las áreas y

entre ellas mismas complicando que puedan cumplir cabalmente su función, psiquiatría con psicología en el sentido de no derivar pacientes y entre los turnos matutinos y vespertinos ya que no hay mucho contacto y, sin embargo, hay empalme de espacios (consultorios) y tiempos (horarios y citas de pacientes) debido a que el turno de la mañana comprende el horario de 7:00 a.m.-2:30 p.m. y el vespertino de 1:30-9:00 p.m. Es interesante notar cómo en este sentido también existe una distancia espacial que se traduce en distancia personal y laboral, lo cual se une a los comentarios anteriores de personal que no sale de su área de trabajo.

Algunas propuestas para subsanar las diferencias radican en promover una mayor apertura entre disciplinas y contratación de personal con el fin de renovar la plantilla, trabajar al lado de personas más jóvenes y crear más propuestas grupales que involucren a todas las áreas de intervención.

La séptima pregunta aborda el tipo de pacientes que, a criterio de los entrevistados, deberían recibir una atención más integral, en otras palabras, de mayor colaboración entre los profesionales encargados del caso. El consenso fue que todos los pacientes que asisten a CESAM deberían recibir una atención integral por parte de la institución o al menos la mayoría así lo requieren, especialmente la población de niños y adolescentes. Sin embargo, si hubo algunos diagnósticos en específico que resaltaron por sobre el resto: los pacientes con riesgo suicida por intento o ideación, los pacientes con trastornos afectivos (depresión y ansiedad, principalmente) y aquellos con afecciones crónicas o agudas; el resto de los diagnósticos mencionados son la psicosis y el TDA, también se mencionan los pacientes psiquiátricos y con riesgo homicida, además de requerir una atención más integral en los niveles de urgencias, prevención y promoción de la salud mental.

Para lograr el ideal integral también existen posturas que consideran que ya se está llevando a cabo en el turno de la tarde con todos los pacientes y otras que reconocen hace falta personal para dar mayor atención terapéutica, especialmente en clínica de niños, así como de otras especialidades como medicina interna, neurología, pediatría, neuropsiquiatría y psicología educativa.

La octava pregunta se enfoca en el expediente clínico en diferentes puntos y niveles: desde su uso clínico hasta la evaluación y el diagnóstico que es plasmado en el mismo. En cuanto al uso clínico que se le da, la gran mayoría lee las notas clínicas que contiene el expediente antes de atender al paciente, con algunos que lo leen antes y después, y un caso que no las lee en absoluto al saber de memoria el historial y ser sus pacientes exclusivos. Al cuestionar qué notas leen los entrevistados responden que todas, es decir, las suyas y las de sus colegas de las distintas áreas de intervención que hacen anotaciones clínicas, siempre y cuando las notas sean legibles, el más grande e importante problema que se reconoce dentro del expediente. Dado el breve tiempo entre pacientes, las notas que más comúnmente se leen son las del inicio y las últimas, por lo que la nota de ingreso, las primeras notas y las inmediatas anteriores a su cita presente son más tomadas en cuenta que el resto del contenido.

En el rubro acerca del diagnóstico, si éste ya está establecido la mayoría lo retoma y le da seguimiento, siendo la minoría quienes hacen uno propio como si fuera la primera vez que se asisten a consulta y aquellos que no usan diagnósticos para su trabajo con el paciente. Sin embargo, entre aquellos que retoman el diagnóstico, se reconoce la necesidad de reconsiderarlo siempre y la mayoría no descarta modificar, actualizar o agregar algo al diagnóstico si encuentra algo que otro colega no ha observado y anotado, mientras que otros más agregan un diagnóstico al ya preestablecido que va de acuerdo con el tipo de servicio o terapia que brindan, siendo éste el caso específico del programa de prevención del suicidio y las terapias familiar y de pareja.

Las principales herramientas e instrumentos para establecer un diagnóstico son la entrevista y el historial clínico en primer lugar, seguidos de las pruebas psicométricas, las evaluaciones clinimétricas y los estudios de laboratorio y gabinete. El resto de las respuestas mencionan variaciones o ejemplos de lo ya establecido anteriormente, excepto cuando se refiere a la medicación y el diálogo con colegas. Ya a la hora de formalizar el diagnóstico es significativo que el DSM-V sea el más utilizado por una ligera ventaja ante el CIE-10, aunque en varios casos ambos son utilizados como referencia indistintamente debido a que “el espíritu de los manuales dice: esta no es una receta de cocina, es una guía diagnóstica”, por lo tanto, ambos son valiosas herramientas.

Al respecto del expediente se reconoce que, a pesar de que las notas son realidades distintas de diferentes profesionistas, son un referente relevante. El mayor obstáculo para que el expediente sea la herramienta principal de comunicación y trabajo interdisciplinario es que la letra de las notas no sea legible y, por ende, no se entienda su contenido. La tendencia a poder reconsiderar el diagnóstico cada sesión se sustenta con base en la constante evolución del paciente y “un mejor diagnóstico nos va a dar un mejor tratamiento”. Además de que la necesidad de los estudios de laboratorio y de gabinete se explica por la gran cantidad de casos en que existe comorbilidad de enfermedades o daño orgánico y trastornos o afecciones mentales, por lo que el diagnóstico psicológico se complementa con el orgánico y viceversa.

Por ejemplo, el tratamiento a seguir no será igual si el diagnóstico del caso se trata de una depresión por duelo o si corresponde a una depresión provocada por un abuso de sustancias.

La novena pregunta corresponde a la disyuntiva si el entrevistado considera necesario tiempos, espacios y disponibilidad para discutir casos con

otros colegas y que, dado el absoluto apoyo del personal, terminó mutando en otra: ¿la discusión de casos debiera tener un carácter formal o seguir siendo llevada a cabo de manera informal y guiada por la necesidad que se pueda suscitar? Por lo que las respuestas se alinearon en estos dos bandos con sus argumentos a favor de una u otra con base en su experiencia personal. Posteriormente se les preguntó con colegas de qué áreas establecen un diálogo ya de manera informal o con quiénes les gustaría establecer un diálogo de manera formal. La gran mayoría considera necesario establecer un diálogo entre todas las áreas de intervención con el paciente, es decir, psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, mientras que la minoría considera que es suficiente con el diálogo entre psiquiatría y psicólogos y un caso considera que con psiquiatría basta.

Los argumentos a favor de la discusión de casos formal proponen que el paciente es un todo y, por lo tanto, habría que complementar en la visión del caso. Se argumenta que es una cuestión de enseñanza para el personal, algo de lo que adolece el centro de manera formal y que se ha relegado en las sesiones de personal a favor de la capacitación o presentación de un tema académico. Se comenta que lo ideal sería formalizarlo para integrar la opinión de todos en beneficio del paciente a través de compartir las impresiones clínicas del resto del personal con los profesionales encargados del caso. En el turno de la tarde se utiliza cada cierto tiempo (aproximadamente cada cuatro semanas) la sesión general para discutir casos con todo el personal. Hay voces que incluso han pedido formalmente que se instauren, pero lo ha impedido la falta de trabajo colaborativo.

Los argumentos a favor de la discusión de casos informal consideran que existen discrepancias entre psicología y psiquiatría en el tratamiento por lo que habría enfrentamiento debido a que “hay médicos un poco opositores”. Siguiendo esa idea se considera que la personalidad, las actitudes, las creencias,

las escuelas, la formación académica, el ostracismo, la cerrazón y la falta de disponibilidad e interés de documentar el trabajo de los colegas serían grandes obstáculos que haría muy difícil llevar a cabo un trabajo de este tipo institucionalmente formalizado. Otras opiniones consideran que para ello existen las sesiones de personal, los comités que se convocan o las reuniones informales en pasillo o en consultorio cuando existe necesidad, por lo que no sería necesario hacerlo algo recurrente y rutinario.

La décima pregunta abarca la discusión alrededor de las sesiones conjuntas, es decir, que dos o más profesionales de la salud encargados del caso puedan intervenir con fines de evaluación, diagnóstico y tratamiento con un mismo paciente en una misma sesión. La idea es derivada de las interconsultas médicas y la co-terapia psicológica. En este rubro encontramos respuestas a favor y en contra de la medida por distintos argumentos que a continuación desglosaremos.

Las respuestas a favor fueron la mayoría y en contra una minoría considerable, en cuanto al personal con el que trabajarían de esta manera, poco más de la mitad considera que lo ideal sería un trabajo conjunto entre psicólogo y psiquiatra, mientras que el resto manifiesta que es necesario tomar en cuenta a personal de todas las áreas (psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social).

Los argumentos a favor de las sesiones conjuntas afirman que ya se han llevado a cabo de manera informal debido a que no hay una ley ni regla que considere esta modalidad y es valiosa en cuanto es una sesión interdisciplinaria y un tratamiento integral del paciente. También se considera que estas sesiones resaltan el abordaje multidisciplinario en que cada profesionalista tiene su visión y su enfoque que va a aportar a ayudar al paciente. Sin embargo, se toma en cuenta las dificultades de la medida y se ofrecen alternativas como el trabajo con pasantes en vez de personal adscrito que quizá no acepte por cuestiones de "personalidad" y/o "narcisismo" o incluso se condiciona la sesión conjunta a

situaciones específicas como casos complicados, de extrema violencia, devolución de diagnóstico, reingresos, internamiento, rehabilitación, legales o en los que el paciente o sus familiares no entienden o aceptan el diagnóstico.

Los argumentos en contra de las sesiones conjuntas consideran que, aunque haya buena relación entre las partes, estamos ante diferentes visiones teóricas y a veces eso puede generar más desorientación en el paciente que ayuda. Por lo que se considera que el enfoque debiera apuntar a la distinción entre disciplinas y la separación del trabajo; por ejemplo, las estrategias del psicólogo y el razonamiento biológico y el uso de medicación médico que, asimismo, se ven reflejadas en la existencia de dos historias clínicas en el expediente: los antecedentes médicos y los psicodinámicos.

Existe también una aversión hacia las escuelas antipsiquiátricas, por parte de psiquiatría (obviamente), que no permiten llegar a ningún acuerdo o simplemente se reconoce la incompatibilidad entre la forma particular de atender al paciente de cada uno de los profesionales.

Esta tensión recalca la diferencia entre los entrenamientos recibidos y el enfoque resultante, específicamente entre psicología (psicodinámica) y psiquiatría (médico-biológico-fisiológico). Lo anterior resulta en que, antes de pensar en sesiones conjuntas, se considere más próximo y necesario primero que los psiquiatras canalicen los pacientes psiquiátricos a psicología para que reciban una atención más integral. Para lo cual sería necesario que la parte psiquiátrica llegue a “sensibilizarse más, actualizarse” y, como consecuencia, “tener más apertura”.

La onceava y última pregunta apunta a recibir las propuestas del personal que se avoquen al trabajo con el paciente desde varias disciplinas después de haber ofrecido dos ejemplos en forma de las preguntas anteriores, uno más conservador y tradicional que el siguiente. Podemos dividir las propuestas en

cuanto a la dirección del impacto que tendrían, a saber, existen dos tipos: las propuestas que se dirigen al interior de la institución y aquellas que dirigen su impacto hacia el exterior. Asimismo, las primeras se caracterizarían por ser más modestas y las segundas por su gran ambición. Claro que también existen posturas que sugieren que no es necesario proponer, sino lograr el buen funcionamiento del sistema actual en que cada área se dedica a sus funciones por separado, a menos que sea necesario discutir el caso informalmente, y priorizar la atención en el paciente desde un enfoque multidisciplinario, cada uno desde su tratamiento. O incluso el considerar que el expediente clínico es suficiente como el instrumento de comunicación más importante a través de las notas clínicas, escritas desde un lenguaje lógico con base en un modelo científico y filosófico fenomenológico reforzado a través de pruebas palpables y basado en evidencias comprobables.

Entre las propuestas que se dirigen al interior de la institución están: sesiones de presentación, estudio y supervisión de casos cuya asistencia sea voluntaria, no obligatoria, y permitan poco a poco generar una cultura institucional de participación; permitir que pasantes de psicología trabajen con psiquiatras y viceversa; trabajo en grupo donde pudieran intervenir varias disciplinas, primero entre todos los profesionales para generar una mejor comunicación y más agilidad, después con los pacientes; la unificación de criterios para el diagnóstico a través de un protocolo desde una mirada de trabajo social, psiquiatría y psicología; un espacio para discutir los casos más complicados o difíciles de llegar a un diagnóstico; mejorar y optimizar el manejo de la agenda en favor del paciente; implementar una atención multidisciplinario en los grupos que implique a psiquiatría, trabajo social y enfermería; mayor contratación de personal; las implementación de talleres y grupos de acuerdo a las necesidades de la población.

Entre las propuestas que se dirigen al exterior de la institución están: una reforma a la Ley General de Salud que reconozca la importancia e impulse el cuidado de la salud en todos los ámbitos (familiar, escolar, laboral, deportivo, nutrición, etc.) como un todo biopsicosocial y espiritual con el fin de crear conciencia en la sociedad; hacer una alianza entre la psiquiatría neurobiológica y la psicología psicodinámica con la neurobiología como denominador en común; un centro de día para el adulto mayor que funcione por estaciones: gerontopsiquiatría o psicogeriatría, psicología, medicina geriátrica, rehabilitación física y trabajo social; integrar más el CESAM a los Hospitales Generales.

Finalmente, se les cuestiona el impacto que cualquiera de las propuestas de trabajo entre varias disciplinas pudiera llegar a tener en su forma de trabajo actual. La respuesta más común fue que su implementación sería positiva y repercutiría, principalmente, en beneficio de los pacientes, seguido del aprendizaje que implicaría para el personal; la simplificación del trabajo; romper el esquema de trabajo monótono; la oportunidad de tener una visión más fresca; enriquecer lo que los demás pueden ver u observa;, ahorro de tiempo; acelerar el diagnóstico y la intervención en pacientes complicados; mejorar el desempeño; aminorar la gran demanda del centro; mayor eficiencia en el tratamiento y colaboración; resultados más certeros; agendas más fluidas y menos saturadas; ampliar las relaciones con otros profesionistas; la implementación de interconsultas entre médicos de distintas especialidades; motivación; y un remedio a la mecanización del centro.

Los obstáculos a la implementación de cualquiera de las propuestas remite de nuevo a la actitud de los médicos y colegas; el miedo de ser criticado o juzgado en el manejo que se hace del paciente en el caso de la presentación de casos; lograr la autorización de las autoridades; conseguir presupuesto; áreas físicas disponibles; coordinación de las agendas; la gran demanda; la saturación laboral; el movimiento de espacios y horarios.

Una vez establecidos los resultados de las entrevistas, a continuación, se establece el resumen de los resultados de la investigación que se emprendió acerca del Centro Estatal de Salud Mental de Querétaro de forma fenomenológica, experiencial, descriptiva y exploratoria, con el fin de conocer la realidad específica de la institución, aunada con la teoría, con el fin de, a través de ella, configurar la especificidad del dispositivo *psi* en el Centro Estatal de Salud Mental de Querétaro con ayuda del Sistema Complejo-Integral.

2. Análisis y discusión sobre la Historia.

El primer paso consiste en reconocer que la historia y las condiciones de la institución han estado en constante cambio a lo largo de sus veinticinco años de historia. Sin embargo, podemos reconocer cuatro cortes nítidos delimitados por la identidad del centro: el periodo prehistórico de Corazón de manzana que inicia el 1º marzo de 1990 y termina cuatro años después; el período CEDISAME que comprende del 1º de marzo de 1994, día de su fundación, a finales del año de 1995; el período CECOSAM que abarca de finales del año 1995 al 17 de septiembre de 2007 y el período CESAM que comienza el 17 de septiembre de 2007 y continúa hasta nuestros días. Estos tres períodos nos permitirán discernir momentos específicos con condiciones particulares que permitir asir más fácilmente la conformación del dispositivo *psi* en la institución en esos períodos históricos.

El periodo prehistórico de Corazón de Manzana será tomado en consideración con el único fin de establecer el contexto y las condiciones que llevaron al siguiente periodo. El primer punto por resaltar es que Corazón de Manzana es creado como un programa. *“Los planes y programas de gobierno, y particularmente los programas anuales de inversión, sirven como instrumento de acción política, económica y social que establecen el conjunto de objetivos a*

alcanzarse por el gobierno en un determinado plazo y los medios para lograrlos” (Auren, s.f.), estos, de acuerdo con el Gobierno de México se clasifican en cuatro categorías: desarrollo social, educación, salud y productivo (2008).

A través de estas cuatro categorías podemos encontrar coincidencia con los cuatro cuadrantes que establecimos con anterioridad, de tal manera que en nuestro Sistema Complejo-Integral se organicen de la siguiente manera:

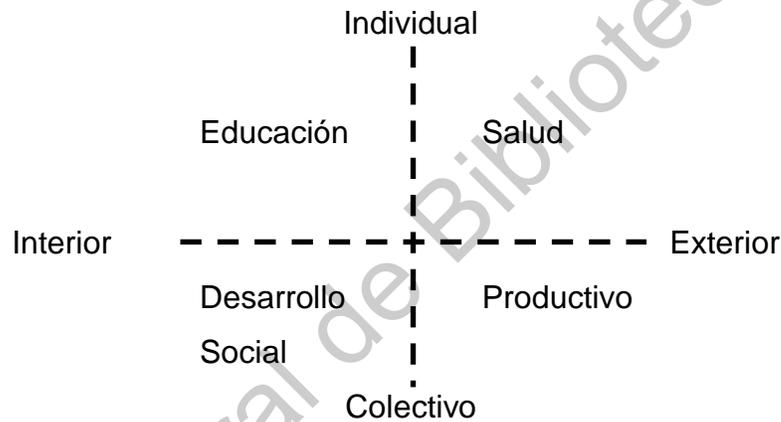


Ilustración 7. Esquema 2.

Dado que es un programa del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) podríamos ubicarlo fácilmente dentro del cuadrante de Desarrollo social, sin embargo, su función era ser un taller protegido, es decir, tenía una finalidad productiva que al otorgar una capacitación también cuenta con un costado educativo y su población eran personas con discapacidades, por lo que también correspondía al rubro de salud.

De tal manera que con la poca información de la que se dispone se podría constituir que se forma una figura cuadrada uniforme que abarca partes iguales en cada uno de los cuatro cuadrantes:

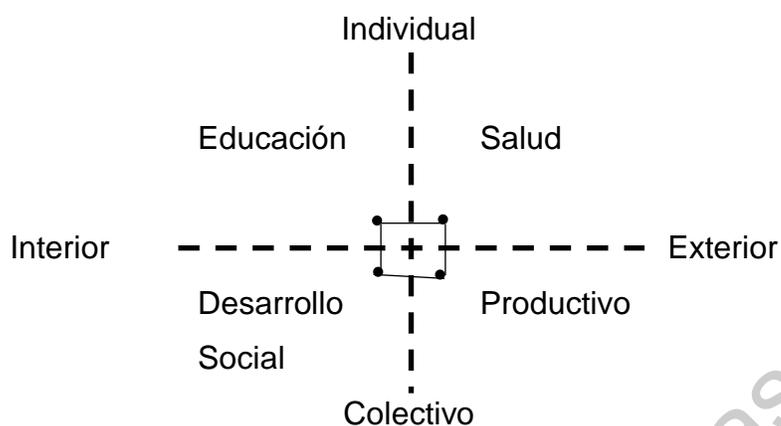


Ilustración 8. Esquema 3.

Claro que sí hubiera más información acerca del programa, ésta figura iría progresivamente distorsionándose y complejizándose con cada vez más tropos dentro del sistema. Por ejemplo, se podría argüir que el costado productivo termina siendo la modalidad del sistema que predomina al producir sujetos productivos para la sociedad y el sistema económico capitalista que se vale de la educación de un oficio con el fin de alinear al sujeto y convertirlo en mera mano de obra barata.

Pero eso sería desestimar el impacto que tiene dentro de su entorno social el considerarse a sí mismo como un sujeto productivo que apoya a su familia. Por otra parte, no hay mención de una atención a su discapacidad por lo que el costado de la salud queda de alguna manera como el menos importante de los cuatro. Pero corremos el peligro de basarnos en suposiciones al no tener datos acerca de la población y el funcionamiento concreto del programa Corazón de Manzana, siendo el nombre otra incógnita que tampoco se podría develar en este trabajo.

El breve periodo CEDISAME es la evolución del programa Corazón de Manzana con base en el reconocimiento de necesidades concretas y más urgentes que mantener el taller protegido, aunque de alguna manera se puede ver

la creación del Centro de Diagnóstico en Salud Mental como la sofisticación del programa anterior al contenerlo y ofrecer más. Asimismo, parece ser que sí existe una notable deficiencia en el costado de salud que es reconocida y a través de la enmienda se vuelve ahora en el núcleo del nuevo proyecto.

De tal manera que podemos observar claramente como el dar mayor importancia a una de las dimensiones, elementos o tropos del sistema inevitablemente causa efectos en el resto y ocasiona estragos en el “equilibrio” del mismo. Nos encontramos, entonces, ante un centro, ya no un mero programa gubernamental.

La fisura que permitió un cambio tan radical fue provocado por una intervención externa al mismo programa de las autoridades del DIF: como primer punto se nos menciona el presupuesto tan holgado para tan pequeña población, es decir, no estábamos tan equivocados en cuanto a nuestras inferencias de que el capital y la productividad son puntos clave para el programa, aunado a ello se reconoce la necesidad de un Centro de Día en salud mental, la creación de una escuela para padres y el mantenimiento de la inserción laboral de los jóvenes con discapacidades del programa anterior.

El acontecimiento en sí que marca el punto de partida histórico de la institución que hoy conocemos como CESAM es la inauguración del CEDISAME (Centro de Diagnóstico en Salud Mental). A partir de este momento podemos hablar de un dispositivo *psi* que se organiza con base en una estructura ya establecida por el programa anterior pero que trastoca cada una de sus coordenadas, de tal manera que la estructura misma del Sistema Complejo-integral cambia de esta manera:

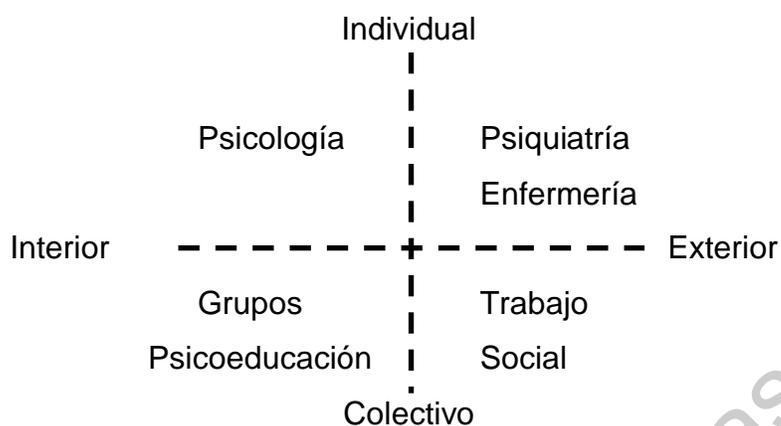


Ilustración 9. Esquema 4.

El hecho de que sea un Centro nos otorga varios significados con los que trabajar su estatuto en el dispositivo *psi*. Como “lugar de donde parten o a donde convergen informaciones, decisiones, etc.” (Real Academia Española, 2014), es decir, como el espacio en que convergen los cuatro cuadrantes en el Sistema Complejo-Integral; como la autoridad que ostenta el poder dentro del dispositivo a través de su accionar y por lo tanto genera de los empleados y los pacientes sujetos condicionados por los parámetros y guías institucionales; o incluso se puede leer una sentencia de destino que hoy se cumple al ser considerada la autoridad en salud mental de todo el estado, por lo tanto centralizando el poder en cuanto a la materia.

También encontramos las definiciones de “lugar en que se desarrolla más intensamente una actividad determinada”, “lugar donde se reúnen o acuden personas o grupos por algún motivo concreto”, “fin u objeto principal a que se aspira o hacia el que se siente atracción” (Real Academia Española, 2014), todas estas definiciones apuntan a la última partícula del nombre, a saber, la Salud Mental. Sin embargo, y a pesar de la ambición original de establecer un centro de día de salud mental, es la segunda palabra del nombre la que muestra cómo es que esa meta se vio acotada al Diagnóstico, a pesar de que también se ofreciera la atención en un ejercicio de recorte de las funciones del centro.

Un recorte más se da en la última partícula del nombre: la Salud Mental. Concepto que en apariencia es sensato e incluso de sentido común, como una de las tres partes reconocidas en el concepto de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (2019), considerada como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, pero que en la realidad se nos presenta como un concepto controversial de amplio alcance.

Sin embargo, este equilibrio entre tres dimensiones se nos muestra, en principio, como inestable y dinámico. Asimismo, se nos presenta en la definición dos momentos: el primero de presencia de un estado de bienestar y el segundo de ausencia de afección y enfermedad. Es decir, se nos presenta la tradicional relación dual entre salud y enfermedad, a veces considerada como en lucha francamente antagónica y otras como complementaria, parte de un proceso continuo.

Desde un punto de vista más médico y biológico la salud se nos muestra en relación con una normatividad biológica, siendo la medicina “una técnica biológica ejercida intencionalmente por el hombre” y cuyo esfuerzo implica la prolongación de “la actividad de defensa y lucha contra todo aquello que tiene valor negativo” (Canguilhem, 1971) intrínseca a la vida misma en su labor de restablecer el estado habitual de los órganos. En cuanto a qué es aquel valor negativo, aquí tenemos que establecer la distinción entre variedad y anomalía, que no equivalen a lo patológico, o sea, el *pathos* o sentimiento de vida contrariada que en este caso si se identifica con lo anormal.

Ante este punto se erige la objeción que la salud puede ser tomada “en absoluto como un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico o calificada como un concepto que define cierta posición

y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades” (Canguilhem, 1971). Desde esta posición, entonces, la salud continuamente perfecta se muestra como un ideal imposible de alcanzar, o sea, como algo anormal, lo cual, considerando que ya se había establecido la identificación entre lo patológico y lo anormal, anula a la salud como norma. Por lo que, desde el punto de vista médico, se vuelve menester desechar esas críticas y admitir que, aunque la enfermedad está incluida en la experiencia del ser vivo, ésta no deja de ser un estado contra el cual es necesario luchar para seguir viviendo.

En otras palabras, biológicamente hablando, la supervivencia marca la norma y por lo tanto legitima la posición de la salud. No es casualidad que el juramento hipocrático redactado en la Convención de Ginebra incluya en la promesa médica las únicas dos frases que comparten el verbo inicial: “Velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes” & “Velar con el máximo respeto por la vida humana” (Asociación Médica Mundial, 1948).

Por parte del psicoanálisis encontramos que Freud establece que “la diferencia entre salud nerviosa y neurosis se circunscribe pues, a lo práctico, y se define por el resultado, a saber, si le ha quedado a la persona en medida suficiente la capacidad de gozar y de producir.” (Freud, 1984) Sin embargo, autores más recientes proponen un enfoque más subjetivo y piden considerar el enfoque clínico para abordar los criterios de salud-enfermedad, atendiendo a la particularidad del sujeto para determinar lo saludable o lo patológico, mientras que otros más consideran que estas nociones se refieren a tiempos y espacios antropológicos específicos (Soave, y otros, 2015).

Por otro lado, existen posturas dentro del campo médico más radicales que critican y rechazan el modelo, la teoría y las prácticas de la psiquiatría y que, por lo tanto, rechazan las clasificaciones de enfermedades o trastornos mentales. Esta corriente es denominada como la antipsiquiatría. Sin embargo, existen

autores ajenos al movimiento que critican las mismas cuestiones, entre ellas lo arbitrario de las clasificaciones en psiquiatría, tan caprichosas como sacadas de un cuento de Borges (Braunstein, 2013).

La cuestión aquí será, entonces, delimitar a lo que se refiere la salud mental dentro del contexto del CEDISAME. Para ello es necesario precisar un par de cosas antes de avanzar: los juicios morales acerca de si un sistema sería mejor o peor son ajenos a nuestra teorización y en su lugar es posible discutir acerca de distintos sistemas y organizaciones dentro de los mismos e inclusive acerca de la ética que le he es más descriptiva sin por ello emitir alguna preferencia. En lugar de los juicios morales podemos encontrar los conceptos de alienación y cosificación, sin embargo, estos apuntan a la configuración del sistema en razón de una acentuación desmedida o un desborde de un cuadrante o dimensión sobre otras, respectivamente.

Considerando lo anterior sería incorrecto considerar mejor o peor la configuración del sistema en cada uno de sus distintos periodos. El CEDISAME, entonces, es una institución dependiente del DIF, por lo tanto, lo más lógico sería considerar que sería más cercano a la denominada medicina familiar, es decir, “la especialidad médica efectora de la Atención Primaria, [que] brinda atención integral al individuo y la familia en el contexto de la comunidad.” La medicina familiar apuesta por el paradigma biopsicosocial, más que por el más acotado paradigma biomédico. Considerando el pasado inmediato de la institución, sus fines sociales y la apuesta por la salud mental en específico, se podría considerar que quizá se aplicara una suerte de modelo inspirado en la medicina familiar con un enfoque especial en la salud mental, lo cual mantiene un cierto equilibrio en la configuración del sistema.

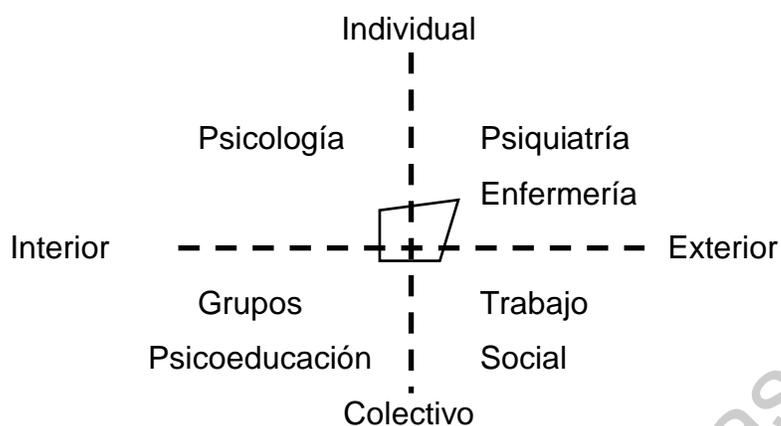


Ilustración 10. Esquema 5.

De tal manera que la conceptualización de salud mental a la que se refiere el CEDISAM parece estar alineada con la tradicional definición de salud de la OMS. Sin embargo, no basta con conjeturas, es necesario basar nuestras suposiciones en los testimonios que fueron recogidos acerca del periodo en cuestión. En primer lugar, las áreas que existieron en el CEDISAM fueron psiquiatría, pediatría, neuropediatría, psicología, trabajo social y electroencefalografía, de tal manera que podemos observar la variedad de especialidades biomédicas que, por otra parte, son complementadas en el costado psicológico y social. Lo anterior, aunado a la creación de la Escuela para padres muestra la importancia que se daba a la atención hacia los niños y los padres de estos, es decir, el peso de lo familiar dentro de la institución que, finalmente, dependía del DIF.

En segundo lugar, el modelo de trabajo de la institución en este periodo es descrito como interdisciplinario. A pesar de que la mayoría del personal dentro de la institución estaba conformado por médicos, el reducido número de personas que conformaban la plantilla y el hecho de que gran parte de ellos atendieran a todo tipo de pacientes indiscriminadamente en cuanto a edad y padecimientos propiciaba el trabajo colaborativo entre los distintos profesionales. Claro que es muy posible que existiera una jerarquía implícita heredada de los hospitales

psiquiátricos tradicionales que ya existían en México y sirvieron como modelo del centro en sus inicios, sin embargo, esto nunca fue un obstáculo para lograr atender de tal manera que los profesionales de distintas disciplinas ocuparán un lugar importante en el tratamiento de los pacientes.

El segundo periodo de la institución advendría con base en un acontecimiento de ruptura en dos niveles: a nivel de dirección y, de manera más importante, de dependencia. Desde su fundación hasta el nuevo periodo, CEDISAME contó con la misma dirección a cargo de la Dra. Teresita Ortiz Ortiz, sin embargo, fue la abrupta transición la que marcó la entrada de la Lic. Amelia Molina. Este cambio de dirección coincidió con el cambio de estatuto a nivel gubernamental, es decir, CEDISAME dejaría de ser una parte del DIF para pasar a ser una dependencia de la Secretaría de Salud. De tal manera que el CEDISAME sería recogido y reinventado dentro del grupo de los Centros Comunitarios de Salud Mental de México, como parte de una iniciativa de la Secretaría de Salud a nivel federal propuesta por el Dr. Juan Ramón de la Fuente, secretario de salud en ese entonces.

De ahí que se renombrará el CEDISAME en un intento de homogenización nacional como Centro Comunitario de Salud Mental (de Querétaro). Este cambio en apariencia revolucionario con estatuto de acontecimiento en el papel terminó siendo más una reforma dentro de la institución. Con esto nos referimos a que, debido al breve periodo CEDISAME, la institución aún se encontraba configurándose y el incipiente periodo CECOSAM seguiría la misma pauta. Sin embargo, el periodo CECOSAM sería el más largo y, por lo tanto, el más importante en cuanto a la creación de una identidad propia de la institución.

El CECOSAM fue desde sus inicios una institución fronteriza, entre la dependencia y la independencia; por una parte avalada por el Estado, por otra sin

reconocimiento oficial y legal, herencia de su pasado como una institución que nace como reinención de un programa fallido y como respuesta a una demanda social. En esa época la Secretaría de Salud aún estaba centralizada a nivel federal, posteriormente se descentraliza a nivel nacional y se crea la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, CECOSAM sería considerada como una unidad de primer nivel, haciendo caso omiso de la especialización de la institución en Salud Mental y, por ende, de su personal.

La mejor prueba de lo anterior y de su carácter de institución cuasi-autónoma es ilustrada por el tiempo bajo la dirección de la Lic. Amelia Molina. Durante cuatro años CECOSAM se implementaron cambios paulatinos y reformistas que comenzaron a gestarse desde el periodo CEDISAME. El vector político de la institución cambio con el paso del DIF al Secretaría de Salud (lo que significó el cambio de nombre y fuente de recursos), pero el vector subjetivo seguiría la pauta del personal. Debido a la formación académica de la directora, que era abogada, delegaba muchas decisiones al personal acerca de la forma de funcionamiento del centro, lo cual les otorgó una gran libertad y poder.

El primer acontecimiento dentro del periodo CECOSAM tendría lugar con el cambio de dirección que supuso la entrada de la Dra. Esther Cetina García, que duró en el cargo 16 años. Con su llegada comenzó un periodo en el que el CECOSAM adquiriría una identidad y ciertas características que sobreviven hasta el día de hoy. Si bien muchos de estos cambios no fueron oficializados, el funcionamiento de la institución se vio profundamente condicionado por éstos, de tal manera que se mantuvieron como un consenso laboral estricto y regulado por ciertas reglas, a la vez que permitía un cierto margen de libertad para el personal.

La época de la Dra. Cetina fue una época de relativa estabilidad. Los cambios establecidos por esta dirección fueron inspirados por la organización y configuración de los hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México, en ese

entonces Distrito Federal, siendo el más importante la reorganización de las áreas de atención: clínica de adultos, clínica de niños, clínica de pareja y familia, trabajo social, terapia de grupo y rehabilitación psicosocial. Esta reorganización permitió enfocar las acciones de la institución hacia la salud mental con un realce sin precedentes en el campo de la salud pública del Estado.

Se mantendría, asimismo, una jerarquía que mantenía la autoridad del médico psiquiatra sobre el resto del personal de atención al paciente, mismo que ahora era básicamente conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Los enfermeros bajo la dirección del médico apuntaban a colaborar en el cuadrante de la parte física, los psicólogos clínicos y educativos mediante la terapia, el diagnóstico y los grupos que proponían y coordinaban daban realce al cariz psíquico y social, mientras que los trabajadores sociales y sus incursiones en campo en labores de intervención y rescate con pacientes aumentaban su importancia a nivel social y comunitario generando una nueva forma de configuración aún inclinada ligeramente hacia los psiquiatras.

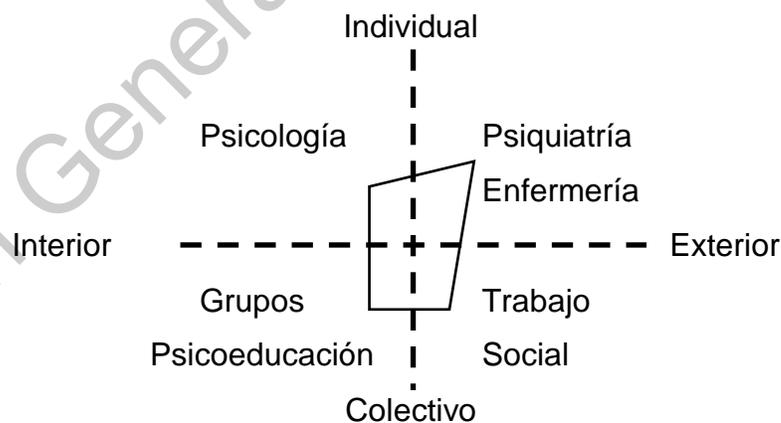


Ilustración 11. Esquema 6.

Precisamente el cambio de nombre da una nueva misión del antiguo CEDISAME al nuevo CECOSAM, la partícula Diagnóstico del nombre es remplazada por la partícula Comunitaria. En este sentido encontramos la

especialización de la psiquiatría comunitaria, que se define como “un área de dedicación centrada en lo social del psiquismo tanto en salud como en enfermedad; va en búsqueda de determinación de la salud mental y de los factores que condicionan la enfermedad en el medio social. Se ocupa del desarrollo de intervenciones para promover y proteger la salud, prevenir las enfermedades mentales, tratarlas, disminuir sus secuelas, proveer servicios asistenciales, evaluarlos y garantizar la participación de la comunidad” (Peña Galbán, Clavijo Portieles, Bujardon Mendoza, Fernández Chirino, & Casas Rodríguez, 2014).

Asimismo, la Psicología Comunitaria, que “se propone entender e influir, desde y con las comunidades en situación de desventaja económica social, en contextos, condiciones y procesos psicosociales vinculados con su calidad de vida, para que adquieran o refuercen competencias que faciliten la consecución de recursos necesarios para ejercer su ciudadanía en condiciones de justicia y equidad.” (Wiesenfeld, 2014).

Si bien las ambiciones de ambas corrientes teóricas y prácticas van de la mano con las nuevas características del Centro, es necesario resaltar dos puntos que hicieron de su realidad algo distinto: conforme las actividades de la institución eran conocidas por el grueso de la población y su popularidad crecía, también la demanda de sus servicios aumentó considerablemente lo que conllevó a la contratación de más personal; lo anterior aunado a la reorganización en áreas de intervención propició una cierta especialización del personal dentro del Centro con base en su formación académica, experiencia y preferencias personales. De tal manera que las actividades del personal fueron se vieron delimitadas en razón del área a la que pertenecían y las actividades que se intuía le correspondían a cada uno de los profesionales, sin embargo, éstas no estaban establecidas en ningún reglamento o documento oficial por lo que se prestaba a malentendidos, desacuerdos e incluso decisiones arbitrarias.

Lo anterior es parte del carácter fronterizo que se mencionó como una característica de la institución que bien podía ser considerada como una virtud, independencia y libertad de funcionamiento, o un defecto, sin la difusión e influencia que podría tener a nivel salud pública. El siguiente acontecimiento que tiene lugar en el Centro sería un punto de inflexión para la institución al trastocar no sólo la configuración del sistema, sino también suponer un verdadero detonante de conflicto dentro del mismo. Si bien el Sistema Complejo-Integral puede funcionar como una herramienta descriptiva de la realidad de una institución, su utilidad aumenta en momento de crisis, tal como lo veremos a continuación.

Antes de pasar al periodo más reciente es necesario mencionar el escenario en el que la época CECOSAM tuvo lugar, fue en la casa ubicada en Melchor Ocampo #19 en el Centro Histórico de la Ciudad de Querétaro. Se menciona que era una casona antigua de las que componen el primer cuadro de la ciudad y que fue improvisada como la sede de Corazón de Manzana y posteriormente se mantuvo en el periodo CEDISAME y CECOSAM. La funcionalidad de las instalaciones era nula, los espacios se improvisaban conforme las demandas aparecían y en ocasiones eran peligrosas para los pacientes como, por ejemplo, los segundos pisos con medidas de seguridad mínimas que eran insuficientes para impedir algún accidente, por ejemplo, caer si no se tenía cuidado. A la vez, se encontraba en el corazón de la ciudad y, por lo tanto, eso permitió que más personas conocieran acerca de la institución de forma casual.

El periodo CESAM se inaugura con el cambio de nombre, que más adelante se retomará, pero también por un cambio material: el cambio de sede, de las instalaciones céntricas a la Avenida 5 de febrero #105, en la colonia Virreyes, posicionándose donde anteriormente era el Hospital Materno Infantil, entre el

Hospital General, un albergue del DIF y la Plaza Galerías Querétaro. Ante lo improvisado de la mudanza, el personal se ve obligado a apropiarse del espacio de manera caótica en un principio obteniendo un arreglo sumamente simbólico con el tiempo.

En la entrada de CESAM se encuentra un puesto de seguridad permanente con su respectivo vigilante, más adelante está la recepción. A la derecha, un poco escondidos, se encuentran algunos consultorios de psicología y trabajo social, seguidos de las escaleras que dan a dirección y enseñanza, que cuentan con sus secretarías particulares, departamentos de mayor jerarquía en el organigrama; y a la izquierda se encuentra archivo. Sin embargo, la primera gran sala es la de atención a adultos rodeada por los médicos psiquiatras y gerontopsiquiatría, además de los consultorios de prevención del suicidio (a cargo de psicólogos clínicos), programa de gran importancia para la dirección actual, más al fondo encontramos varios consultorios de enfermería.

Omitiendo entrar a la primera gran sala y dando vuelta al pasillo a la derecha encontramos la caja y la farmacia, con la posibilidad de dar vuelta a la izquierda más adelante y entrar a la sala del área de atención a niños. Aquí se localiza a los paidopsiquiatras, psicólogos clínicos y educativos que atienden a esta población, además de un puesto de enfermería. Siguiendo de largo por el pasillo sin entrar a la sala de atención a niños encontramos una tercera sala de espera, alrededor de esta se encuentra un salón de usos múltiples, una sala dedicada a terapias grupales, reuniones de personal y pláticas psicoeducativas, consultorios de psicólogos que prestan atención a adultos y especializados en terapia de pareja y familiar, así como rehabilitación y puestos tanto de enfermería como de trabajo social.

El mapa de las instalaciones es el siguiente:



Ilustración 12. Mapa del CESAM.

Se mantiene la misma distribución para el turno de la tarde, pero contando con una plantilla más pequeña. Así es cómo el espacio se configura y produce efectos laborales y subjetivos que se reflejan en la realidad cotidiana de la institución. El área de adultos debido a su distribución dentro del centro tiende a colaborar menos y hacer un trabajo más multidisciplinario, mientras que el trabajo del área de niños, que se encuentra en un espacio más acotado, tiende más hacia la colaboración y la discusión de casos. Mientras que el turno de la tarde, dirigido por el coordinador de turno, mantiene una relación más estrecha y apunta hacia el trabajo interdisciplinario.

El periodo CESAM se inscribiría como un acontecimiento que se vio principalmente marcado por el reconocimiento oficial de la institución dentro del organigrama de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro como parte de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ). A pesar de que SESEQ existe desde 1996, año en que se decreta su creación, no es hasta 2007 en que se le da la importancia que merece y que se vería reflejado en el cambio de nombre de la institución: de tener un alcance y misión más local (Comunitario) pasa a tener un carácter mayor (Estatel). La nueva partícula del nombre apunta a

una nueva misión: ser el Centro, o punto de convergencia, de todo lo relacionado con la Salud Mental en el Estado, hecho que se vería cristalizado con la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro, pero antes se vería perjudicado al ceder su relativa autonomía al Estado mediante un golpe de poder.

Hasta el momento el vector político (o de poder) había sido ejercido por distintos actores: en el periodo Corazón de Manzana el DIF es el encargado de dirigir la dirección de la institución, razón por la cual se da la transición al periodo CEDISAME, en el que el reducido grupo de trabajo inicial toma la batuta. Posteriormente en el periodo CECOSAM podemos discernir entre el poder que asume el personal en la primera dirección frente al papel que la dirección toma reclamando el ejercicio del poder para sí instaurando una jerarquía y organigrama más nítido dentro de la organización. Sin embargo, en el periodo CESAM se da un golpe de autoridad externo que fue de mayor alcance y consecuencias que inclusive el cambio de dependencia y nombre en la transición CEDISAME-CECOSAM.

La directora de CESAM, la Dra. Cetina, es cesada abruptamente en 2015 por interés políticos y personales que, se rumora, instaron al Gobierno del Estado a tan inesperado cambio a favor del Dr. Luis Almeida, que sería designado como su sustituto en la dirección del Centro. Las consecuencias fueron inmediatas y tuvieron fuertes efectos en el sistema: el área de investigación de su creación y a su cargo quedó desierta y posteriormente olvidada; se instauró una distinción más nítida y tajante entre clínicas y el tipo de pacientes que atendía cada área en razón de las fortalezas, afinidades y especialidades del personal, perdiendo flexibilidad en cuanto a la atención que podía brindar cada profesional y ganando en especialización que a la larga provocaría un alto grado de pericia en su campo y el paulatino aislamiento de los saberes así como agudizaría los conflictos entre áreas en cuanto a la división del trabajo y las responsabilidades de cada una.

Lo anterior a nivel laboral, inspirado con aún más ahínco en los hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México, provocaría que el vector político ostentado por la dirección adquiriera un matiz autoritario al querer instalar un modelo más rígido y disciplinar. Inevitablemente atravesaría el vector psicológico (o de la subjetividad) de manera tajante: la característica pluralidad teórica y práctica del centro se vería comprometida, sobre todo por las convicciones personales del director que despreciaba muchas corrientes, especialmente el psicoanálisis, desbordando hasta llegar a tener conflictos con la Facultad de psicología de la UAQ. Asimismo, la relación interpersonal entre el director y el personal de la institución se fue deteriorando con base en malos tratos, insultos y actitudes que crearon una brecha entre ambos.

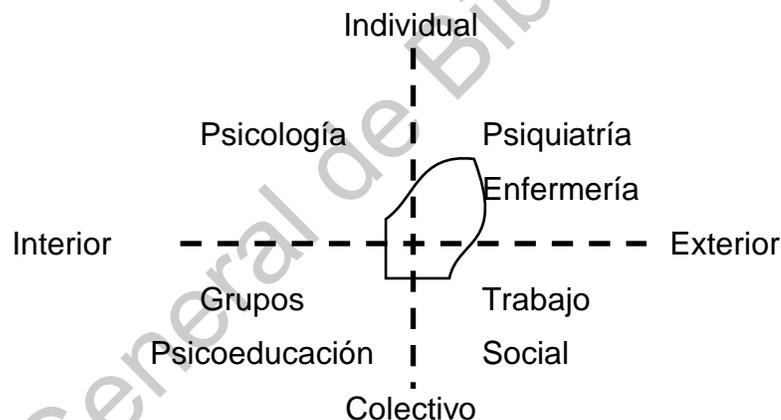


Ilustración 13. Esquema 7.

El abuso de poder por parte de dirección terminó alienando al personal, mismo que ante la tensión que existía emprendió un movimiento de lucha social por su reconocimiento dentro del sistema en la forma de un conato de huelga que terminó con la destitución del director. Si bien el personal tenían la sensación que se les cosificaba y reducía a meros empleados, ignorando su formación profesional, importancia dentro de la institución y, sobre todo, subjetividad y Por lo tanto, se vieron obligados a luchar, es importante resaltar cómo, a partir de este momento, se descubre y reinventa la identidad institucional y profesional en razón

de la unidad de los gremios que componen el centro, al igual que se reconoce la posibilidad del ejercicio del poder por parte del personal.

Paradójicamente, este desborde del cuadrante psiquiátrico provino de dirección y no del área de psiquiatría que contaban con una jerarquía implícita que mantenía el trabajo entre disciplinas en buenos términos. La falta de orden que hoy se acusa por parte del área de psiquiatría bien podría tener su origen en la subversión del poder que se da a partir del incidente con el Dr. Almeida, que al explicitar la jerarquía y querer imponerla sobre el resto del personal, provocó una reacción contraria que generó una mayor equidad entre las áreas del centro en cuanto al ejercicio del poder.

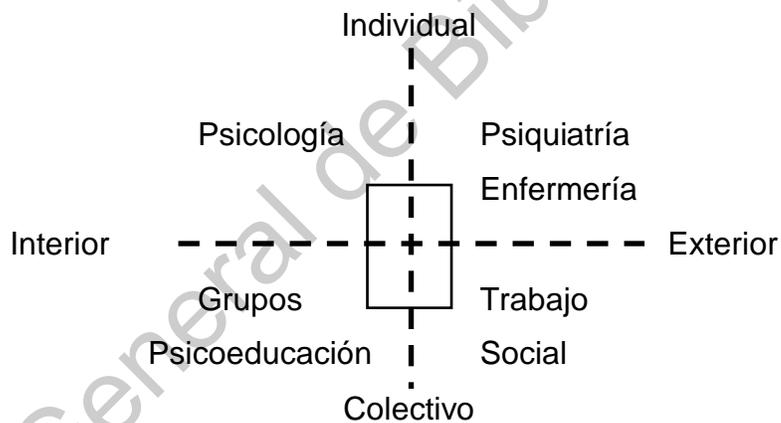


Ilustración 14. Esquema 8.

Posteriormente tendría lugar la breve dirección de la Mtra. Adriana Bouchot y después de ella la Dra. Marbella Espino con un matiz más conciliador que arrastra las consecuencias de la convulsa dirección del Dr. Almeida. A partir de ello es que habría un compromiso implícito entre la dirección y el personal que otorgaría el poder hacia dentro al personal y el poder hacia fuera a la dirección. Sin embargo, se mantiene una tensión latente generada por la estricta división que se gestó entre clínicas y gremios de profesiones generando que el trabajo cotidianamente se gestara de manera multidisciplinaria, dejando la interdisciplina

en un segundo plano, como un recuerdo del CEDISAME que regresa en ciertas ocasiones en que el tiempo y la afinidad entre los profesionales generan el espacio para que aparezca.

La figura de la presente dirección ha fungido como una figura mediadora entre el Estado, las instituciones relacionadas al campo psi y el CESAM, permitiendo que la relación CESAM-población sea gestionada por los profesionales confiando en la experiencia de estos y la estabilidad de los procesos internos. Aunado a lo anterior existen hitos institucionales recientes de gran importancia: en el año 2018 se delegan todas las tareas relacionadas a la salud mental al CESAM con el fin de coordinarlas a través de la Ley Estatal de Salud Mental; para llevar a cabo el proyecto se desarrolla el Programa Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro que propone el Modelo Querétaro en Salud Mental como el siguiente paso lógico después del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental; posteriormente, un año después (2019), CESAM sería reconocida como unidad de segundo nivel, reconociendo finalmente la especialización de los profesionales que componen el personal del Centro.

Considerando todo lo anterior, ¿cómo es el dispositivo psi del Centro Estatal de Salud Mental?

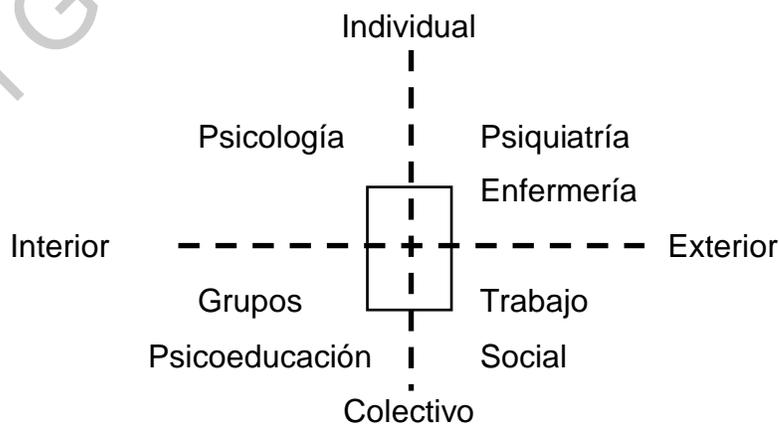


Ilustración 15. Esquema 9.

Retomando las coordenadas actuales del CESAM, cuyo equilibrio genera una tensión latente dentro del espacio, podemos advertir, asimismo, que el CESAM responde en cada uno de sus cuadrantes a dos grandes sistemas que inciden y son intervenidos: el Estado y la población. El dispositivo psi dentro del CESAM genera sujetos y estos, a su vez, modifican la institución. ¿Qué sujetos genera el CESAM? Sujetos psi, es decir, sujetos que descubren la salud y enfermedad mental en ellos mismos, dimensiones anteriormente ignoradas y que generan un acontecimiento en cada uno de ellos. Después de descubrir este campo, antes velado, su vida ya no puede volver a lo que era. Sin embargo, cada cuadrante ofrece un impacto distinto.

El cuadrante Superior-Derecho (Psiquiatría-Enfermería) ofrece una explicación más “confortable”, en algunos casos, al ofrecer la equivalencia entre enfermedad mental y física, así como la solución en forma de medicamento. El cuadrante Inferior-Derecho (Trabajo social) también nos muestra un costado más amable al dar la asistencia que requiere el paciente. Son los cuadrantes Superior-Izquierdo e Inferior-Izquierdo los que ofrecen los efectos más definitivos: la introducción y explicación más explícita del psiquismo en la vida de las personas genera que devengan sujetos psi. Entonces, entre los cuatro cuadrantes, entran en juego conceptos como diagnósticos, patologías, enfermedades mentales, terapias, pruebas psicométricas, cuestionarios, etc.

En otras palabras, el sujeto es introducido al campo del profesional que le atiende, una nueva dimensión de su existencia es descubierta y realzada como causante de su padecer e incluso se encuentra el peligro de la alienación cuando el sujeto se identifica con su diagnóstico. Por ello, es necesario introducir un quinto elemento al Sistema complejo-integral: el sujeto que produce, en este caso el sujeto psi o, mejor dicho, el sujeto que deviene paciente. Siendo la angustia, la principal señal de tensión dentro del sistema.

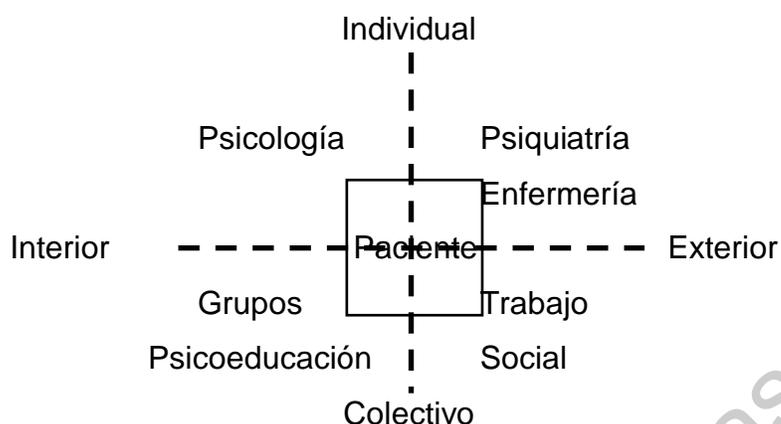


Ilustración 16. Esquema 10.

El siguiente paso es utilizar el sistema para poder establecer las coordenadas del sujeto, crear el sistema complejo-integral del paciente tomando en cuenta los cuatro cuadrantes de su existencia. En otras palabras, el Sistema Complejo-Integral se nos presenta como una herramienta con una matriz teórica sólida cuyo fin podría ser marcar una pauta para lograr la transdisciplina en el campo psi.

Sin embargo, la aplicación antes mencionada sería un acercamiento que se puede producir en cualquier de los tropos que conforman las coordenadas del Sistema Complejo-Integral. El acercamiento que conllevaría el análisis de los tropos implicaría problematizar cada uno de ellos: Psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social, los grupos terapéuticos y de psicoeducación, sin embargo, este paso excedería las ambiciones de este trabajo, por lo que nos parece necesario alejarnos para así poder contextualizar con mayor profundidad el lugar que ocupa el CESAM en relación con el Estado y la sociedad, otra dimensión de análisis que es necesario considerar en cuanto las coordenadas macro del dispositivo psi.

3. Cultura, sociedad y Estado.

3.1 El CESAM en relación con la cultura, la sociedad y el Estado.

Lo anterior implica reconocer el marco legal que rodea a la institución, así como las características de la población que asiste a la misma. El Sistema Complejo-Integral, de nuevo, nos puede otorgar las coordenadas de organización de estos tropos y elementos tan complejos que esbozaremos con el fin de comprender los lineamientos legales, sociales y culturales que inciden, se relacionan, antagonizan y tensan en cada una de las actividades del CESAM.

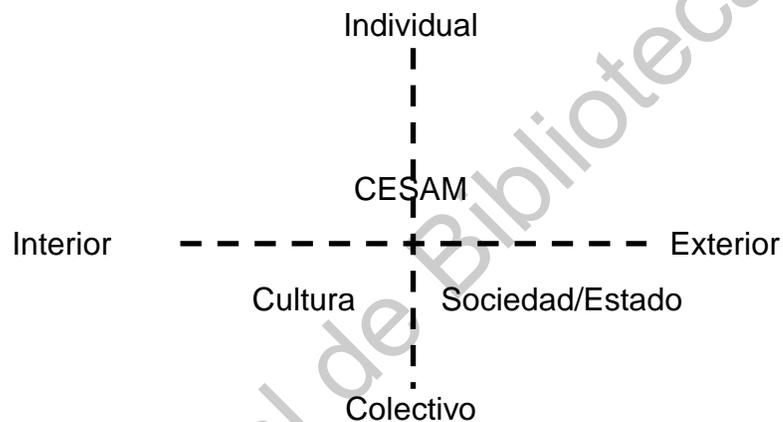


Ilustración 17. Esquema 11.

Debido al trabajo realizado en CESAM es imposible reducir su labor con cada una de las personas que asisten a la institución a algunas de las dos coordenadas interior o exterior, ya que se trabaja con ambas, sin embargo, sí es posible distinguir la cultura de las condiciones de la sociedad y los lineamientos legales establecidos por el Estado.

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención del Estado en la institución ha ido de menos a más a través del tiempo, de la mano de las demandas de reconocimiento por parte de la institución y la creciente importancia de la salud mental para la población ocupando un espacio cada vez creciente en la cultura, misma que se refleja en las leyes que se modifican y crean cada vez con mayor frecuencia.

Las acciones que precipitaron la intervención Estatal (que implican ámbitos tan dispares y a la vez tan fácil de confundir como las acciones federales, estatales y municipales en nuestro sistema de gobierno) tuvieron que ver, inevitablemente, con las acciones que se tomaron en relación con el estatuto del CECOSAM. Anteriormente existió el CEDISAME bajo la jurisdicción del DIF Estatal, cuya dirección corresponde a la esposa del gobernador en turno, cuya misión actual es “contribuir mediante acciones al desarrollo de la población vulnerable del Estado, generando sinergias para otorgar servicios en coordinación con instituciones públicas y privadas” (DIF, 2018) y cuya visión actual es “ser una institución que contribuya a disminuir las condiciones de vulnerabilidad en el Estado de Querétaro” (DIF, 2017).

Desde el punto de vista anterior los servicios brindados de Corazón de Manzana eran dirigidos a jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y sus familias, población que aumentó al cambiar a CEDISAME ya que buscaría abarcar a todas aquellas personas que pudieran requerir atención relacionada con la salud mental, sin embargo, no se abandono el enfoque familiar. A pesar de ser una parte esencial del nombre de la institución, es significativo cómo, con el paso del tiempo, el enfoque familiar es reemplazado por el enfoque en la población vulnerable del Estado, término ambiguo que puede abarcar ámbitos variados y disimiles, incluyendo, como fue el caso, tanto Corazón de Manzana como CEDISAME.

Posteriormente tiene lugar el cambio de CEDISAME a CECOSAM, mismo que marcó el cambio de dependencia del DIF a Secretaría de Salud, en un primer momento a cargo del Gobierno Federal y más adelante del Gobierno del Estado. Esto a raíz de “El Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud” en 1996 y que decretó la creación del Organismo Público Descentralizado denominado como Servicios de Salud del Estado (SESEQ). Sin embargo, a nivel oficial, Corazón de Manzana y CEDISAME por parte del DIF, así como CECOSAM

por SESEQ no fueron reconocidos inequívocamente por sus respectivas instituciones más allá de algunas esporádicas y pasajeras menciones en documentos oficiales.

Fue hasta el año 2007, en que CESAM es reconocido oficialmente, que pasa a ser parte oficial de los Servicios de Salud del Estado (SESEQ). En otras palabras, hasta el 2007 el vector psicológico (de la subjetividad) y el vector político (de poder) se intersecan y se rigen con base en los movimientos internos a la institución con poca intervención externa lo cual permitía que el mundo de la vida correspondiente al primer vector interactuara con el sistema que corresponde al segundo en una dinámica que podía ser regulada por el mismo sistema.

Si bien existieron intervenciones externas en algunos puntos precisos (el cambio de dependencia, la imposición de dirección y el conato de huelga), el poder era ejercido dentro de los límites del sistema que es la institución (CEDISAME, CECOSAM) ajustándose a las esporádicas demandas de los cuadrantes de la cultura y la sociedad, así como el Estado.

En 2007 al convertirse en parte de SESEQ estrecha sus lazos con el Estado, adquiriendo nuevos derechos y obligaciones que sólo irían aumentando a lo largo del tiempo, y a través de la actual dirección de la Dra. Marbella Espino estrecharía sus lazos con la sociedad y buscaría incidir con mayor fuerza en la cultura. De tal manera que no sólo se volvía menester modificar paulatinamente las acciones que se llevaban a cabo de manera cotidiana, sino que ahora era necesario atender una serie de demandas cada vez más numerosas y complejas a la vez que el vector político comprendía intervenciones estatales y compromisos gubernamentales, sociales e institucionales, tanto a nivel público como privado.

La primera obligación contraída y que precede al resto es para con la población primero a nivel municipal y posteriormente a nivel estatal. En primera

instancia podemos reconocer su crecimiento conforme la difusión oficial e informal aumento, así como su importancia y reputación en la región. Las cifras más recientes (noviembre de 2019) muestran que en el Estado de Querétaro existen 861,601 personas beneficiarias del Seguro Popular de una población total de 2,038,372 personas, de acuerdo con el censo del año 2015. Debido a que los beneficiarios del IMSS e ISSSTE reciben atención en las instituciones respectivas del mismo nombre, la población de Seguro Popular es la que asiste a las instalaciones del CESAM en busca de atención.

Mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución que provee seguridad social a las personas afiliadas a través de su trabajo o escuela y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) está dirigido a los trabajadores del estado, el Seguro Popular está diseñado para la población que no cuenta con ninguno de los anteriores. Es decir, población vulnerable que de otra manera no contaría con ninguna clase de seguridad social. A partir del año 2020 se plantea que el Seguro Popular sea reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) con el mismo propósito que el anterior.

A partir de lo anterior podemos inferir precisamente cómo es que las dimensiones social y estatal están intrínsecamente unidas, mientras que la cultural se mantiene relativamente apartada, dado que no es el Estado directamente el que incide en la importancia que el dispositivo psi pueda adquirir en la cultura, sino los efectos de los servicios que ofrece el CESAM los que pueden modificarla para cualquier cantidad de direcciones distintas. Asimismo, las demandas culturales exigen desde el inicio la adaptación de técnicas y herramientas que puedan ser importadas de otros países y, por ende, otras culturas.

3.2 Marco legal.

Con lo anterior podemos darnos cuenta como las relaciones entre cada cuadrante es una vía de dos sentidos, ambas son cambiantes y van modificando las coordenadas a través de las que se relacionan. Por ello es por lo que se vuelve necesario revisar el marco legal y las características de la dependencia responsable del funcionamiento del CESAM, es decir, SESEQ. El acrónimo en sí es engañoso y se presta a confusiones debido a que, al menos en cuanto a su presencia en línea, es intercambiable entre la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, siendo que la primera tiene una jerarquía mayor en el organigrama. Asimismo, el Secretario de Salud y Coordinador General de SESEQ son la misma persona.

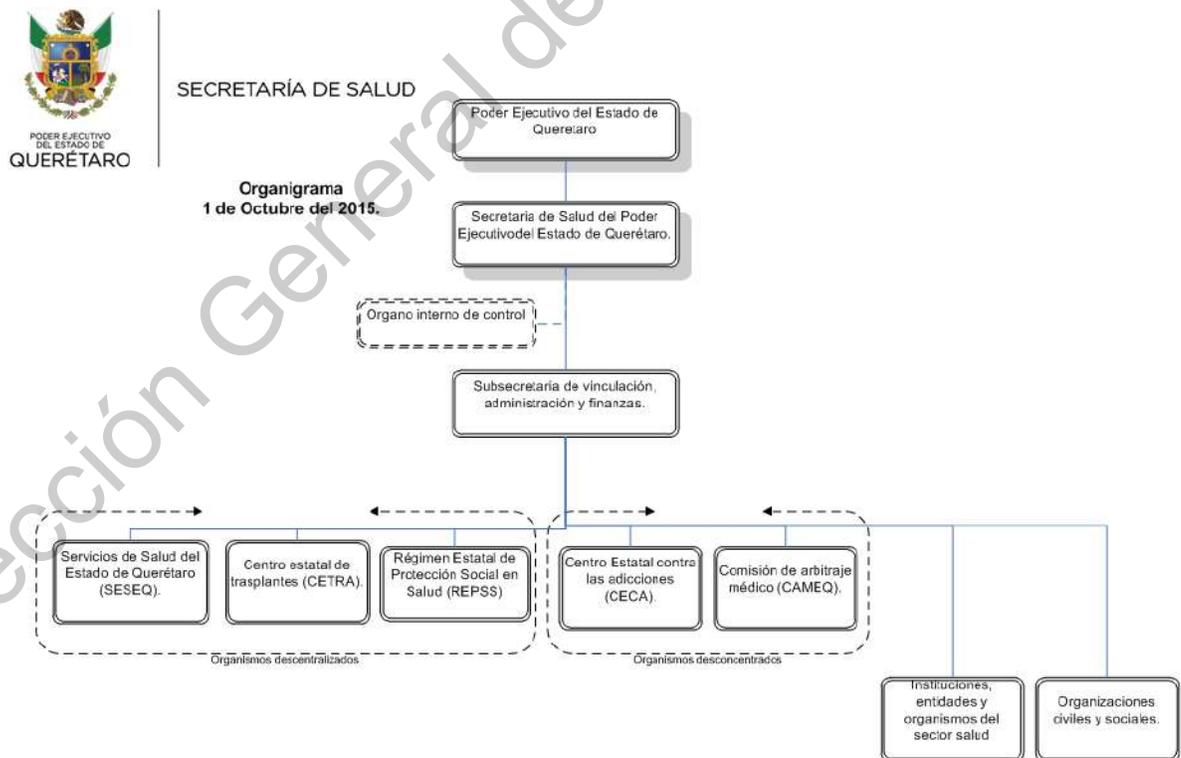


Ilustración 18. Organigrama de Secretaría de Salud.

Más allá de esta confusión nominal es necesario avanzar con respecto al marco legal en sus distintos niveles que rige al dispositivo psi de una institución que forma parte del Estado con el fin de cotejar si ésta corresponde con la realidad del dispositivo psi del CESAM.

3.2.1 Plan de Acción sobre Salud Mental (OMS).

En primer lugar, encontramos el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (2013). En este retomamos la cuestión acerca del lugar que ocupa la salud en relación con lo mental y, por lo tanto, el campo psi. La definición que se retoma es la que ofrece la misma OMS y que anteriormente discutimos, sin embargo, se agrega un principio contenido del plan que enuncia lo siguiente: “no hay salud sin salud mental”. En otras palabras, se reafirma la importancia de lo mental como una dimensión indisociable al resto en cuanto a la conceptualización de salud que se sostiene: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Asimismo, se establece que la expresión “trastornos mentales” se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). A través de esta “aclaración” circular acerca del uso del término “trastorno mental”, la OMS se desmarca en cuanto a una definición clara o al menos con algún trasfondo teórico y se deroga la responsabilidad al CIE-10, mismo que, al igual que el DSM, se limita a la descripción de los “trastornos mentales” sin entrar en controversias teóricas. No obstante, más adelante en el Anexo II: Glosario de los principales términos encontramos una definición un poco más específica: “suelen caracterizarse por

una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales”.

La definición de salud mental, por otra parte, recibe un mejor tratamiento, aunque inexorablemente ligado a la definición de salud antes mencionada: “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad.” Aquí podemos observar el rescate de la noción de bienestar aunado a cuestiones de capacidad (en un sentido amplio y a la vez ambiguo), estrés (dimensión corporal que junto con la noción de normalidad abre un amplio abanico de formas y grados, además parece apuntar a una cuestión de resiliencia cotidiana), trabajo (dimensión social ligada con el capital al hablar acerca de la forma) y comunidad (de nuevo agrega un elemento social con un cierto dejo de responsabilidad).

En el documento se establece que “Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.” En este apartado se establecen las directrices psicológicas, sociales y culturales como las determinantes en cuanto a la salud y trastornos de índole mental, dejando de lado la dimensión física.

Por otra parte, también se hace hincapié en sus efectos, es decir, las elevadas tasas de discapacidad y mortalidad entre personas con trastornos mentales, su comorbilidad en conjunto con otras enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, infección por el VIH/Sida, etcétera, e incluso su influencia en la vida general de las personas (el consumo de sustancias o la

situación de pobreza en muchos casos, por ejemplo). Por lo tanto, podemos observar cómo es que, para el presente plan, los elementos psicológicos, sociales y culturales son causas de la normalidad o patologización mental, mientras que lo físico adviene como efecto.

Con base en la estructura del Plan de Acción Integral 2013-2020 podemos hacer un breve análisis acerca de la estructura que se le busca otorgar al dispositivo psi a nivel mundial a través de una serie de directrices que, posteriormente, serían adaptadas a la realidad efectiva de cada país miembro de la organización. La visión del plan responde a la histórica marginalización de la dimensión mental en el campo de la salud poniendo en primer lugar verbos como valoración (se advierte la baja estima al campo psi), fomento (se reconoce la poca difusión de la misma) y protección (considerada como una tarea descuidada por las autoridades), asimismo se recoge la importancia de escudar a la población con trastornos mentales mediante la prevención, atención, recuperación y la participación social en cuanto a apoyo y rechazo a la estigmatización y discriminación.

El establecimiento de lo anterior reconoce indirectamente las carencias históricas en este rubro a la vez que la creciente importancia del campo psi como una dimensión que ya no puede ser relegada más y que, por lo tanto, exige el reconocimiento que merece. También establece a la población con trastornos mentales como vulnerable; la expresión “grupos vulnerables” es utilizada para referirse a individuos o grupos de individuos que son vulnerables a las situaciones y ambientes a los que están expuestos (por oposición a cualquier problema inherente de debilidad o falta de capacidad), lo anterior determinado por el contexto local en el que se encuentren. Es decir, la vulnerabilidad está determinada por las acciones sociales que se tomen para reducirla o, en su defecto, su inacción como causa de exacerbación.

La finalidad del plan es una extensión de la visión, por lo que los argumentos antes mencionados son igualmente aplicables. Los objetivos, por otra parte, establecen metas claras que se buscan lograr: El primer objetivo establece una dirección claramente política y legislativa que implica planificación de recursos, colaboración entre las partes involucradas y cuyos beneficiarios serían las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como las organizaciones que les brindan atención.

El segundo objetivo está dirigido a reorganizar los servicios de salud mental y la ampliación de la cobertura, además toca el tema de la atención integrada y adaptable, sobre ésta se establece: “Integrar y coordinar una labor **holística** de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo que apunte a satisfacer las necesidades de atención de salud tanto mental como física y facilite la recuperación de personas de cualquier edad con trastornos mentales de la mano del conjunto de servicios generales de atención sanitaria y social (recuperación que comprende la promoción del derecho al empleo, la vivienda y la educación) con la aplicación de planes de tratamiento y recuperación centrados en el usuario del servicio y, cuando convenga, con las aportaciones de familiares y cuidadores.”

De esta manera se establece una línea de actuación con requerimientos mínimos específicos que establece las coordenadas que se buscan del dispositivo psi: las partes de integración y coordinación establecen la necesidad de “equipos **interdisciplinarios** comunitarios de salud mental” en los rubros de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo como acciones básicas, además se establecen las dimensiones en que se espera generar efectos: mental, física y social. En este sentido, las características básicas parecen cumplirse en el caso del CESAM, aunque con un enfoque marcado hacia la atención sanitaria, más que la social tal como la establece el plan (derecho al empleo, la vivienda y la educación).

Acerca de este mismo objetivo encontramos una interesante especificación: “Los niños y los adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, evitando la institucionalización y la medicalización.” Este punto plantea una serie de cuestiones interesantes: el estatuto científico de las intervenciones en salud mental, que se establece como un puente entre este objetivo y el siguiente que contiene propuestas acerca de los sistemas de información, datos científicos e investigación. De tal manera que encontramos una indicación que disuadiría el uso de intervenciones no científicas y que por el otro lado rechaza el uso de fármacos para esta población en específico, de nuevo resaltando la importancia de las dimensiones psicológicas y sociales, siempre y cuando éstas puedan ser denominadas científicas.

Finalmente, el cuarto objetivo, además de aportar al estudio científico de la salud mental, realza la importancia de la realización de investigaciones en diversos contextos culturales con el fin de conocer las formas de “entender y expresar la angustia psicológica, las prácticas nocivas o protectoras, y la eficacia de las intervenciones de tratamiento y recuperación, prevención y promoción.” Asimismo, cuando se habla acerca del fortalecimiento de la colaboración entre centros de investigación nacionales, regionales e internacionales se resalta “el intercambio **interdisciplinario** de investigaciones y recursos entre países.” De nuevo, resaltando que la modalidad de trabajo establecida por la OMS es la interdisciplina, en detrimento de la unidisciplina, multidisciplina y transdisciplina.

Los seis principios y enfoque transversales que convergen en cada uno de los objetivos establecen elementos indispensables para la OMS: Cobertura sanitaria universal; Derechos humanos; Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital; Enfoque multisectorial y Emancipación de las personas con trastornos

mentales y discapacidades psicosociales que buscan reducir la vulnerabilidad y precariedad social; así como la Práctica basada en evidencias que resalta la importancia del carácter científico basado en evidencias y adaptado a la cultura.

3.2.2 Ley General de Salud (México).

Avanzando de lo mundial a lo nacional encontramos la Ley General de Salud (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 con su última reforma publicada en DOF 12-07-2018), que es una Ley Nacional que decreta toda la legislación en materia de salud en México y es aprobada por la Cámara de Diputados y Senadores, así como por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Debido al carácter general de la Ley en relación con la salud se rescatarán sólo los fragmentos en que se hable acerca de salud mental.

La definición de salud es la misma que elabora la OMS, se le reconoce su importancia en cuanto materia de salubridad general, sin embargo, no corresponde la atención en salud mental al gobierno federal, sino a los gobiernos estatales. De tal manera que el tema de salud mental depende exclusivamente de las medidas que tome el gobierno del Estado correspondiente, a pesar de que en el TITULO TERCERO Prestación de los Servicios de Salud CAPITULO I Disposiciones Comunes en el Artículo 27 VI. se establece que “Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: La salud mental;” reafirmando lo ya enunciado en el Artículo 3º.

Posteriormente existen menciones esporádicas al campo psi: En el CAPITULO II Atención Médica el Artículo 33 reconoce que las actividades de atención médica son, entre otras: “IV. Paliativas, que incluyen el cuidado **integral** para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de

un equipo profesional **multidisciplinario**.” (Adicionada en DOF 05-01-2009) Por otra parte en el CAPITULO III Prestadores de Servicios de Salud en lo referente a los Comités Hospitalarios de Bioética y Ética en la Investigación en el Artículo 41 Bis. II. (Adicionado en DOF 14-12-2011) establece que éstos “Serán **interdisciplinarios** y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética...”. El CAPITULO V Atención Materno-Infantil marca en el Artículo 61 I (Reformado en DOF 07-06-2012) que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: “La atención **integral** de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera”.

En éstas parece ser que la inclusión de la dimensión psi sólo se da cuando las circunstancias apremian o son convenientes. Además, se mencionan tres formas de trabajo distintas: la multidisciplina en cuanto a las actividades de atención médica, la interdisciplina en los comités de bioética y ética en la investigación e integral en cuanto a la atención que se otorga a mujeres embarazadas. Si bien son situaciones distintas, los términos parecen ser utilizados de manera intercambiable sin reparar en lo distinto de cada uno de ellos.

El CAPITULO VII Salud Mental nos interesa en específico dado su contenido, por lo que se revisarán de forma breve los Artículos 72, 73, 74, 75, 76 & 77 que le componen.

El Artículo 72 establece como prioridad prevenir y atender los trastornos mentales, que no es lo mismo a conservar y mejorar la salud mental, meta que se establece más adelante y por lo tanto resulta secundaria. La forma de trabajo a seguir es la **multidisciplina**. A pesar de reconocer la prioridad de prevenir y atender los trastornos mentales, éstos no son definidos, mientras que la salud

mental si recibe una, por lo que su definición devendría en oposición a ésta, es decir, el mal funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales. El artículo es de publicación reciente: 2011 (Diario Oficial de la Federación, 7-02-1984. Última reforma publicada en DOF 12-07-2018).

El Artículo 73 establece las acciones para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento. En este sentido se abarcan las dimensiones social, cultural, psicológica y física. Estas medidas son de reciente data y establece también la **multidisciplina** como la forma de trabajo en investigación en materia de salud mental. Además, menciona que la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas deben coordinarse en estas acciones, contradiciendo lo ya establecido en cuanto a que la responsabilidad recae en las entidades federales y no al Ejecutivo Federal, por parte de la Secretaría de Salud.

El Artículo 74 marca lo que constituye la atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como sus derechos. Aquí se establece que la evaluación diagnóstica y el tratamiento deberán de ser **integrales**. El Artículo 75 es acerca de todo lo relacionado con el internamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento. El Artículo 76 menciona la creación de normas oficiales mexicanas para los establecimientos que prestan atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento. Finalmente, el Artículo 77 establece que la responsabilidad de guardia o custodia en personas con trastornos mentales y del comportamiento, ya sean los padres, tutores quienes ejercen la patria potestad o la representación legal de los mismos.

En estos últimos artículos (74-77) se establece el actuar jurídico en cuanto a las personas con trastornos mentales y del comportamiento, mote que se le adjudica a todo aquel que sea definido como tal por un profesional de la salud debido a que en ningún momento se ofrece una definición clara para lo que un

trastorno mental y del comportamiento implica. Sin embargo, no deja de ser un gran avance que se reconozcan ante la ley los derechos de estas personas, aunque sea una tarea en curso debido a que la mayoría de los cambios en la materia de salud mental tuvieron lugar en tres años específicos y muy recientes: 2011, 2013 y 2015.

El TÍTULO QUINTO Investigación para la Salud a través del Artículo 96 reconoce que “La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social;” Es decir, se reconoce una mayor complejidad en cuanto a los procesos de salud-enfermedad desde distintas dimensiones: la biológica, la psicológica y la social.

Estas menciones al campo psi, dejando de lado otras más con menor relevancia para nuestro tema, permiten entrever la relevancia que va tomando en el campo de la legislatura sobre la salud, al mismo tiempo que revela la marginalización del tema por mucho tiempo. Lo que devela el estudio de la Ley General de Salud en materia de salud mental es el hecho de que, al menos en nuestro país, la conformación del dispositivo psi no pasa por las leyes como en otros casos, sino que se mantuvo por mucho tiempo como un tema ajeno y estigmatizado, por lo que la propia ley en la actualidad establece acciones para revertirlo. La locura, anteriormente, y ahora la salud mental, así como los trastornos mentales se revelan como temas pendientes en los que el Estado busca instalarse, situación paralela a la vivida por el CESAM, es decir, no es más que un reflejo de la situación en materia de salud mental en el país.

3.2.3 Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro.

Como prueba de lo anterior tenemos, a nivel estatal, la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro (publicada en el No. 65 del periódico oficial “La Sombra de Arteaga” el 22 de septiembre de 2017). Las consideraciones que se toman en cuenta para su creación son:

- El derecho fundamental a la salud contenido en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud acerca del padecimiento de trastornos mentales y del comportamiento, la atención sanitaria que se brinda hacia ellos, el presupuesto destinado y la legislación en materia de salud mental a nivel mundial.
- El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS.
- La definición de salud mental por parte de la OMS y su relación con la salud en general.
- El aumento del número de trastornos mentales y del comportamiento que se contabilizan en el país; así como las consecuencias sociales y de discapacidad de los mismos.
- El respeto y acceso a los Derechos Humanos.
- La creciente morbilidad y mortalidad por trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento.
- La falta y necesidad de atención y rehabilitación integral de las personas con problemas de salud mental en el Estado.
- La insuficiencia del Centro Estatal de Salud Mental (CESAM), unidad aplicativa del organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro, para cubrir la gran demanda de servicios de salud mental.
- El carácter indispensable de generar una Ley de Salud Mental para el Estado de Querétaro con base en la necesidad de crear un instrumento jurídico que beneficie a los queretanos con trastornos mentales y del comportamiento y funja como marco jurídico para las políticas, planes y

programas en salud mental que además observen los Derechos Humanos.

- Finalmente, la importancia de la salud mental se recalca con base en que de ella depende nuestro bienestar emocional, psíquico y social y que afecta la forma en como pensamos, sentimos y actuamos.

En otras palabras, la creación de esta Ley se vuelve menester con base en diversas demandas de distinta índole y nivel que convergen en la necesidad de plantear una regulación en materia de salud mental, dotando al vector político que atraviesa el dispositivo psi de una claridad y dirección a nivel social, a través del Estado, inéditas. Por lo que la progresión que aquí seguimos del nivel mundial al local también es una progresión lineal en el tiempo.

En lo referente a la Ley de Salud Mental en sí, se establecen en el Artículo 2 las definiciones, entre otras, de Acciones para la atención de la salud mental, Psicoterapia, Salud mental, Trastorno mental y del comportamiento y Tratamiento.

Respecto a estas definiciones podemos rescatar diversos puntos que acotan el dispositivo psi. Las acciones para la atención de la salud mental se establecen como integrales (sensibilización, promoción, prevención de riesgos, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento), sin especificar la forma en que esto se llevaría a cabo. La definición de psicoterapia, por su parte, reconoce de manera exitosa las dimensiones física, psicológica, social y cultural. La definición de salud mental es recogida, a Verbatim, de la Ley General de Salud. La aportación más valiosa es la definición de trastorno mental y del comportamiento al evitar simplemente ofrecer una derivación negativa de la definición de salud mental, si bien se habla de que es una afectación de esta, también se reconocen aspectos como la sintomatología, el malestar y la interferencia que produce a nivel individual y social. Finalmente, la definición de

tratamiento establece la meta de este: restauración, mejora o mantenimiento de la calidad de vida, por lo que éste sería el indicador predilecto de los efectos del mismo.

El Artículo 3 establece el derecho universal a la salud mental y la garantía de su cumplimiento con respeto a los Derechos Humanos; y el Artículo 4 recalca la función del núcleo familiar en relación con las personas con algún trastorno mental y del comportamiento. En el Capítulo Segundo De los principios y derechos se declaran los principios de la Ley en el Artículo 5, entre los que resaltamos: “V. Dar la atención a las personas que padezcan trastornos mentales y del comportamiento, en forma **integral**;” el Artículo 6 establece como prioridad las acciones para la atención de la salud mental; mientras el Artículo 7 establece los derechos de las personas que padezcan un trastorno mental y del comportamiento.

Pasamos al Título Segundo: De las Autoridades y personal de atención de la salud mental, Capítulo Primero: Del Centro Estatal de Salud Mental. Dentro de los Artículos que componen este capítulo se declara el papel del CESAM en relación con la ley y se especifican las acciones que corresponden al CESAM: Elaborar el Programa Estatal de Salud Mental, implementar programas en materia de salud mental, entre otras, pero sobre todo la amplia e importante fracción “IV. coordinar y supervisar las acciones para la salud mental;” y las consecuentes fracciones elaboradas acorde a ésta. Además, se determina que el manejo de los datos estadísticos de instituciones del sector público, privado y social en materia de salud mental será por parte del CESAM. Aumentando y oficializando su importancia a nivel Estatal en materia de salud mental.

En el Capítulo Segundo, Del personal de salud para la atención en salud mental, se garantiza la estructura orgánica administrativa necesaria para garantizar la atención oportuna en el CESAM; establece que la atención que el

personal de salud mental en general presté siempre será con arreglo a esta Ley; se amplía la importancia del CESAM confiándole la proposición de los criterios para el cumplimiento de objetivos de la ley; procura que la capacitación a todo profesional de servicios de salud mental sea continua, sistemática, programada y gestionada por el CESAM; refiere que la formación profesional en materia de prevención de factores de riesgos en salud mental requiere de la capacitación en la elaboración de programas preventivos; y expande lo referente a la capacitación en la elaboración de programas de prevención de factores de riesgo en salud mental.

El Capítulo Tercero, De los prestadores de servicios, establece que: “Todo profesional de servicios de salud mental público, social y privado, debe actuar con un enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género...”. Se considera que el Poder Judicial deberá contar con peritos en psiquiatría y psicología con el fin de no afectar las actividades del CESAM. Se enuncia que: “La atención que proporcionen los prestadores de servicio de salud mental deberá incluir la prevención, promoción, protección y procurará restaurar al máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas.” Asimismo, marca la obligación del profesional de salud mental de estar acreditado a través de la “Cédula Profesional y Título Profesional como Médico o Psicólogo...” y propone que los prestadores de servicios de salud mental deben participar en todo lo referido a los programas de educación para la salud mental.

El Capítulo Cuarto, De la prevención, menciona que corresponde al CESAM las acciones para la atención de la salud mental y su fomento; establece los deberes del CESAM en materia de promoción de la salud mental, además enumera los campos (familiar, comunitario) y situaciones (violencia, abuso, p.e.) en los que se requiere diseñar e implementar acciones para la prevención de factores de riesgo en materia de salud mental.

El Título Tercero, De la organización y las acciones para la atención de la salud mental, en el Capítulo Primero, De la evaluación clínica y el tratamiento, se establece el deber de garantizar la accesibilidad de la prevención de factores de riesgos en salud mental con una orientación psicoeducativa. Dentro de este capítulo los Artículos 26 y 27 refieren específicamente a la evaluación y el diagnóstico en psicología y psiquiatría.

El valor de los anteriores artículos reside en la libertad teórica y práctica que establece indirectamente reconociendo la pluralidad de intervenciones en los campos psiquiátricos y psicológicos, sin embargo, entra en directa confrontación con lo establecido por la OMS al omitir lo referente a lo científico. Asimismo, al mencionar la necesidad del estudio de cada caso en su especificidad permite entrever la complejidad de la labor en el campo psi y su campo de acción más allá de lo que pueda ser denominado exclusivamente dentro de la salud mental.

En subsiguientes artículos se habla acerca de los servicios psicológicos y psiquiátricos del CESAM y los espacios designados para ellos; se marca la necesidad de un espacio físico, virtual o telefónico que garantice los aspectos de confidencialidad, privacidad, aislamiento y suficiente comodidad para el ejercicio de los servicios psicológicos y psiquiátricos. Además, establece el deber de los prestadores de servicios de salud en el diseño de materiales y programas, así como aplicar procedimientos y técnicas apropiadas para cada condición. Posteriormente se hace referencia a la canalización a otra institución e incluso internamiento en Hospital Psiquiátrico en caso de ser requerido. Se marca el deber de los profesionales de proporcionar información clara y precisa respecto al tratamiento que se pretende aplicar y menciona lo relativo al seguimiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

En el Capítulo Segundo, De la atención en salud mental por grupo de edad y vulnerabilidad, se reconoce la necesidad de una atención prioritaria a los trastornos mentales y del comportamiento que presenten una importante frecuencia o gravedad de sus consecuencias, entre las acciones consideradas para llevarlo a cabo se encuentra la siguiente: “III. La asignación de personal especializado para la atención **integral** de cada uno de los trastornos que requieren atención prioritaria con base al presupuesto asignado;” También se habla acerca de la coordinación entre el CESAM y las autoridades educativas y los sectores social y privado en relación con la aplicación de programas de salud mental infantil, pero se reconoce la responsabilidad de las autoridades educativas en este tema.

El Capítulo Tercero, Del Sistema de Información, Vigilancia y Evaluación en Salud Mental, establecen al mismo como un servicio de información técnico, permanente y estratégico de consulta, dependiente del CESAM, cuyo objetivo principal será el llevar a cabo estudios científicos en materia de salud mental y cuyas funciones serán dirigidas a la población del Estado de Querétaro. El Capítulo Cuarto, De la Red Estatal de Salud Mental, reconoce a la misma a través de los Artículos 39 y 40 como integrada por el primer y segundo nivel de atención.

El Capítulo Quinto, De la prestación de los servicios de salud mental, establece mediante el artículo 41 y 42 directrices acerca de la prestación de los servicios de salud mental en las esferas pública, social y privada, así como la atención médica y psicológica especializada que se preste en dichos espacios.

Mediante estos artículos se establece un enfoque político claro determinado por dos elementos clave: los Derechos Humanos, en común acuerdo con la OMS, y la perspectiva de género, un elemento innovador que es necesario explicitar.

Mientras que la Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada por la tercera Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París, la legislación en materia de género es de más reciente data. En México la legislación relacionada es la Ley General de Acceso a las Mujeres a un Vida Libre de Violencia, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2009-2012.

La perspectiva de género es el “método de análisis que nos permite identificar cuando nos encontramos frente a barreras y obstáculos hacia la mujer para plantear mecanismos correctivos y acciones reivindicadoras.” Lo anterior a través del reconocimiento de que “el proceso de la cultura política, la apropiación de hábitos, pensamientos, tradiciones y en general la manera de pensar en torno a los roles que se establecen en torno al género son una construcción social.” (Estrada Rogríguez, Mendieta Ramírez, & González Vidaña, 2016)

El Capítulo Sexto, Del internamiento, marca la necesidad de ajustarse a los principios éticos, sociales, científicos y las disposiciones normativas aplicables; propone las condiciones en las que se deberá recurrir al internamiento; reconoce que el ingreso a unidades de atención integral médico-psiquiátrica puede ser voluntario, pero deberá ajustarse a ciertos procedimientos de autorización legal e indicación médica;

Además, marca los deberes de las instituciones de salud públicas, sociales y privadas: abstenerse de todo tipo de discriminación; evitar el aislamiento de la persona usuaria; “contar con personal necesario, capacitado y especializado para proporcionar de manera eficiente atención **integral** médico-psiquiátrica de las personas con algún trastorno mental y del comportamiento de acuerdo con la enfermedad específica que padezcan y el grado de avance que contengan”; especificar el tratamiento y los métodos de aplicación; así como

contar con los insumos, espacios y equipo necesario para la rehabilitación. Finalmente se especifica lo relacionado con la evaluación, diagnóstico, las partes que deben ser informadas y el expediente clínico. El Capítulo Séptimo. Del financiamiento en salud mental, sólo cuenta con el Artículo 50, el último, que reclama lo indispensable de financiar las acciones y fines de la Ley.

3.2.4 Programa Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro.

Con base en lo establecido en la Ley de Salud Mental, al CESAM le correspondería la responsabilidad de redactar el Programa Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro con el fin de poner en práctica lo legislado, por lo que en 2018 es elaborado el mismo. Éste, sustentado en la Ley de salud mental, busca impulsar acciones de protección, prevención, promoción, fomento y orientación para las personas con enfermedades mentales y busca lograrlo mediante la articulación de la atención primaria y secundaria, la coordinación de las instituciones públicas, privadas y sociales de salud mental, así como la labor de los profesionales de la salud.

En la introducción se reitera su alineamiento, justificación y sustento en la Ley de Salud Mental, su importancia para la salud en general y la necesidad de su creación para establecer un marco jurídico y legal para todas las actividades relacionadas con la salud mental. La justificación desarrollada en los siguientes párrafos retoma puntos ya enunciados en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 y la Ley de Salud Mental. Además de ello se establece el aumento en el número de enfermos mentales relacionado con el crecimiento demográfico, el hecho de que una cuarta parte de la población del Estado se encuentra en riesgo o puede padecer alguna enfermedad mental y el rol que desempeña el CESAM en su atención y evaluación a nivel estatal.

El marco conceptual del Programa busca desarrollar las bases de lo que sería el “Modelo Querétaro de Atención en Salud Mental” centrado en seis objetivos generales ubicados posteriormente en Ejes del Programa Estatal de Salud Mental.

Avanzando al Marco Jurídico se menciona la importancia que otorga la Organización Mundial de la Salud de crear una legislación sobre Salud Mental que otorgue un marco legal que permita tratar los temas complejos relacionados con la salud mental. Sin embargo, antes es necesario retomar la legislación y normas vigentes: el Artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos que establece el derecho a la protección de la salud, la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro, el Programa Institucional de Servicios de Salud del Estado de Querétaro y las Normas Oficiales Mexicanas.

Posteriormente se habla acerca de los Foros de Participación pública, privada y social que tuvieron lugar el año antepasado (2018) con el fin de discutir, proponer y llegar a conclusiones alrededor de la Ley de Salud Mental. Como resultado se llegaron a las varias conclusiones: 1. Establecer una Red de salud mental **interdisciplinaria**; 2. Contar con un sistema de intercambio de información; 3. Campañas de difusión y sensibilización a población en general en diferentes temas de salud mental; 4. Capacitación a profesionales sobre temas de salud mental; 5. Contar con una coordinación interinstitucional; 6. Realizar diagnósticos situacionales en salud mental con tamiz psicológico; 7. Favorecer las acciones de rehabilitación e inclusión en la comunidad; 8. Favorecer la creación y adecuado funcionamiento de grupos de apoyo; 9. Diseño, difusión y/o capacitación de protocolos de actuación para atención de urgencias psicológicas y psiquiátricas; 10. Propiciar la creación de brigadas de salud mental con intervención psicosocial en la comunidad; 11. Ofrece capacitación continua a primeros niveles de atención en salud, así como el otorgamiento de primeros auxilios psicológicos; 12. Favorecer la investigación en temas de salud mental; y

13. Evitar el aislamiento social de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

En lo anterior podemos rescatar varios puntos: en primer lugar el establecimiento de que las acciones para la salud mental establecidas en la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro ahora se ven regidas por criterios científicos, técnicos y normativos, en concordancia con lo establecido en la Ley General de Salud; asimismo, se reconocen las dimensiones social, cultural y laboral además de la física y psicológica; en concordancia se establece una forma de trabajo interdisciplinaria para la Red de Salud Mental.

El marco conceptual del Programa busca desarrollar las bases de lo que sería el “Modelo Querétaro de Atención en Salud Mental” centrado en seis objetivos generales ubicados posteriormente en los siguientes Ejes de acción del Programa Estatal de Salud Mental:

- Eje I. Promoción, Prevención y Fomento en Salud Mental.
- Eje II. Atención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento en Salud Mental.
- Eje III. Rehabilitación Psicosocial e Inclusión.
- Eje IV. Formación, Capacitación y Especialización del Recurso Humano en Salud Mental
- Eje V. Información, Epidemiología e Investigación en Salud Mental.
- Eje VI. Marco Jurídico, Normativo y Documental en Salud Mental.

La siguiente sección refiere a la Organización del Programa que comprende los objetivos, ejes y acciones que contiene el documento y que fueron mencionados con anterioridad, sin embargo, son recalcados ya que a continuación serán desarrollados con mayor detalle en el apartado de Ejes y acciones. Sólo se rescatarán las acciones con mayor importancia para nuestro tema. Respecto al

Eje I, se destaca el punto 2: “Implementar de manera sistemática programas en materia de salud mental con enfoque humano.”; 6: “Capacitar a los profesionales de la rama médica, paramédica y afín en materia de prevención de los factores de riesgo de salud mental, con los métodos para elaborar programas preventivos para campañas y programas relacionados con la salud mental.”; y el punto 14: “Instrumentar acciones con información precisa, objetiva y basada en criterios científicos dirigidos a la prevención, detección y atención de algún tipo de trastorno mental de acuerdo a la normatividad vigente.”

Sobre el Eje II, se retoman puntos del Eje anterior en un nuevo contexto por lo que no se repetirán, pero resaltaremos el punto 6: “Proporcionar a través del CESAM el servicio médico psiquiátrico y psicológico especializado dirigido a la atención y seguimiento de los casos atendidos en los centros de salud y unidades de segundo nivel de atención, así como aquellos dictaminados por la autoridad.” El Eje III, IV y V serán obviados y pasaremos al Eje VI, punto 3: “Coordinar y supervisar las acciones para el ejercicio del servicio para la salud mental como una actividad vigilada por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios y las áreas jurídicas y de verificación sanitaria correspondientes al Estado de Querétaro.”

El siguiente apartado se refiere a los Indicadores y Metas, la importancia de los indicadores deriva de que “proporcionan medidas operacionales para evaluar si los servicios cumplen los estándares exigidos” con base en lo establecido por el Programa y por ende la Ley de Salud Mental. Para ello se inicia desde cero a partir del 2017, fecha de publicación de la Ley de Salud Mental, y se dividen en los Ejes ya antes mencionados.

En consonancia con lo ya establecido como criterios que acotan las acciones para la atención de la salud mental se reconoce el enfoque humano, en referencia a los Derechos Humanos, pero se omite la perspectiva de género que sí

aparece en la Ley Estatal de Salud Mental; también aparecen de nuevo los elementos de científicidad y normatividad.

El siguiente tema es la Red Estatal de Salud Mental, acerca de la cual se explica lo siguiente: “En respuesta a la fragmentación de la atención médica y psicológica en materia de salud mental, y buscando una alternativa para organizar mejor la atención de los problemas de salud mental, se inició con los trabajos para la elaboración del Programa Estatal de Salud Mental y la conformación de la Red Estatal de Salud Mental.” “La Red Estatal de Salud Mental es una propuesta que tiene como propósito transformar la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental a nivel estatal [...] en particular trata de reorientar la prestación de servicios de salud mental mediante la integración y articulación en actividades de las unidades de salud de atención médica generales y especializadas que cubran efectivamente el espectro de la atención en salud mental...” A continuación, se detallan los siete objetivos de la Red Estatal de Salud Mental, las tres etapas de Conformación de la Red, los siete procesos de Funcionamiento de la Red, las dos fases de Supervisión de la Red, así como la Operación (definitiva) de la Red.

En este punto se retoma lo ya establecido que la Red Estatal de Salud Mental fuera interdisciplinaria, sin embargo, en este apartado se utilizan los verbos integración y articulación. Es notable que se advierta la fragmentación de la atención médica y psicológica en materia de salud mental, por lo que se muestra pertinente el llamado a apuntar hacia la interdisciplina como remedio ante la percibida unidisciplina y multidisciplina que existe en que, aún si se consigue la colaboración, existe una parcelación marcada entre las disciplinas que componen el campo psi.

Se destaca en cuanto lo referido a la Red Estatal de Salud Mental, el Proceso 3 del Funcionamiento de la Red: “Los Módulos de Salud Mental se constituyen con el médico a cargo con auxilio de la enfermera, el psicólogo con

auxilio de la trabajadora social, quienes realizan actividades específicas en esta materia, registran y reportan sus actividades en el sistema de Información de su centro de trabajo, por ello, la implementación del Sistema de Información, Vigilancia y Evaluación de Salud Mental del Estado de Querétaro, para mejorar el flujo de información.” El Proceso 5 recalca lo anterior en cuanto a los Módulos de Salud Mental: “Esta unidad podrá constituirse por un médico, una enfermera, un psicólogo y un trabajador social.”

En directa contradicción con lo ya desarrollado acerca de la interdisciplina se menciona una división del trabajo en dos: el médico con auxilio de la enfermera y el psicólogo con auxilio de la trabajadora social. De igual manera el uso del masculino para los cargos de mayor jerarquía y el femenino para el personal auxiliar se muestra en directo conflicto con la perspectiva de género que se establece en la Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro. A pesar de estos dos puntos conflictivos, es rescatable e interesante la delimitación que se establece en cuanto a los actores que componen el Módulo de Salud Mental y, por lo tanto, las partículas esenciales en el dispositivo psi para el Estado de Querétaro: médico, enfermera, psicólogo y trabajador social.

Para finalizar se adjunta la bibliografía y un glosario. Las definiciones de Atención psicológica, Centros Integrales de Salud Mental, Psicoterapia y Trastorno mental y del comportamiento son aquellas que resaltamos por su contenido.

Estas cuatro definiciones que se señalan puntualmente nos muestran acotaciones del dispositivo psi. En la atención psicológica se menciona al psicólogo clínico como parte de un equipo **multidisciplinario**, forma de trabajo que hace su primera aparición en contraste con la interdisciplina que se menciona en el cuerpo del Programa. Asimismo, se establece la correlación de las actividades que éste podrá realiza con base en los tres niveles de atención en salud que existen, punto que hasta el momento no hemos tocado con bastante

profundidad y permite delimitar las actividades esperadas del personal de psicología. La definición de Centro Integral de Salud Mental nos ofrece otro adjetivo para la forma de trabajo, esta vez directamente ligada con el primer nivel de atención.

La psicoterapia, a diferencia de la atención psicológica, se establece como una técnica de intervención que puede ser realizada tanto por psicólogo como psiquiatra, ésta cuenta con una meta (ayudar a la persona con enfermedad mental a entender su entorno), un método para llegar a ella (ofrecer estrategias y herramientas que coadyuvan en el manejo eficaz de los síntomas [conductuales, emocionales o cognitivos]) y tiene una variabilidad importante que se define con base en las necesidades de cada caso. Directamente relacionado con lo anterior, la definición de trastorno mental y del comportamiento se define como un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, es decir, establece la clínica como punto de partida para el establecimiento de algo como síntoma e indica dos elementos directamente asociados a éstos: malestar e interferencia del funcionamiento personal. Además, reconoce la dimensión comportamental, psicológica y biológica de su manifestación, directamente en relación con el reconocimiento del psicólogo y psiquiatra como los actores más importantes en este caso.

3.2.5 Reglamento Interior de SESEQ.

Aún a nivel estatal y considerando que CESAM es parte de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, se revisará el Reglamento Interior de SESEQ, mismo que rige al CESAM. En la parte de consideraciones se menciona que con base en el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Querétaro denominado “Plan Querétaro 2010-2015, Soluciones Cercanas a la Gente” en su eje 3 denominado Desarrollo Social y Humano, que comprende el rubro de Salud, se establece la siguiente estrategia: “Mejoramiento de los servicios de salud, mediante una

atención oportuna y de calidad, con enfoque humanista centrado en la persona”. De ahí la necesidad de expedir un nuevo Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal Denominado “Servicios de Salud del Estado de Querétaro” (SESEQ) siendo éste publicado el 30 de enero de 2015 en el Diario Oficial “La Sombra de Arteaga”.

En el Capítulo I Disposiciones Generales Artículo 2 se definen el Primer y Segundo nivel de atención en Salud de la siguiente manera: “III. Primer nivel de atención: Lo integran las unidades y centros de salud que proporcionan atención médica de tipo **integral**, preventiva, curativa y de rehabilitación, apoyando en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción a la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigación orientada principalmente a los problemas de salud más frecuentes; & “V. Segundo nivel de atención: Se conforma por unidades hospitalarias que ofertan y promocionan atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como en cinco complementarias: otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, dermatología y psiquiatría, y/o cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología.”

Si bien se omite el tercer nivel de atención, que se refiere a “la atención de problemas poco prevalentes [y] se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011), lo realmente interesante para el presente trabajo es cómo a pesar de la explícita inclusión de la psiquiatría como especialidad de segundo nivel, aún pasarían un par de años antes de que CESAM fuera reconocida como una institución que ofrece atención de primer y segundo nivel en salud.

Los siguientes capítulos abordan el organigrama y sus funciones generales: el Capítulo II De la Junta de Gobierno, el Capítulo III Del Coordinador General, el Capítulo IV De la Estructura Administrativa, el Capítulo V de las Subcoordinaciones Generales, Direcciones y Coordinaciones, el Capítulo VI De las atribuciones de las diversas unidades administrativas y el Capítulo VII De la suplencia de los servidores públicos.

Dentro del Capítulo IV en el Artículo 11 se desglosa la jerarquía de SESEQ resaltando el lugar primigenio que se da a la Subcoordinación General Médica que comprende a la Dirección de Servicios de Salud (dónde se encontraría el CESAM), las Jurisdicciones Sanitarias, la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios y los Hospitales. Lo cual se refleja en el organigrama más reciente que agregaremos en anexos en su total extensión.

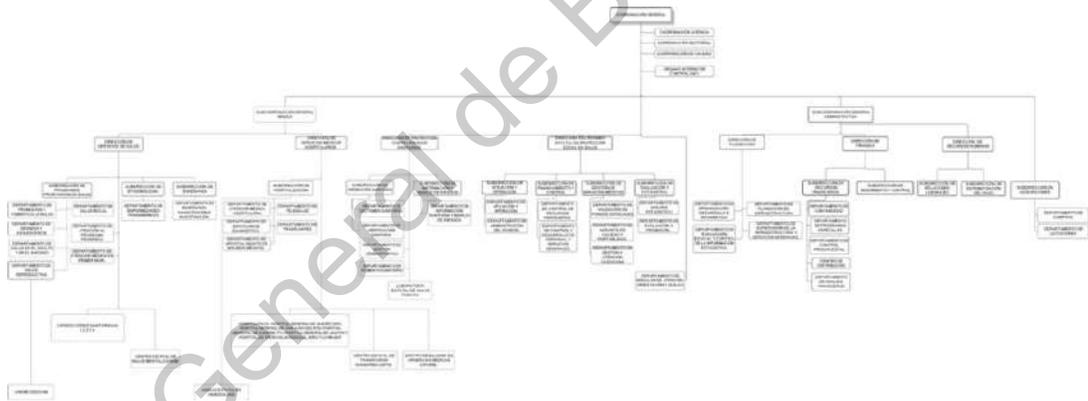


Ilustración 19. Organigrama de SESEQ.

Como parte del Capítulo VI, el Artículo 22 establece que “Cada Hospital estará a cargo de un Director de Hospital, quien contará con las siguientes facultades: [...] III. Promover, organizar, desarrollar y coordinar la aplicación de métodos y técnicas para la rehabilitación física, mental y social de los pacientes;” Única mención explícita de la salud mental en todo el documento.

3.2.6 Manual Organizacional General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Para un conocimiento más detallado del lugar del CESAM dentro de SESEQ, sin embargo, es necesario retomar el Manual de Organización General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, publicado el 22 de enero de 2016 en “La Sombra de Arteaga”, el Periódico Oficial de Gobierno del Estado de Querétaro, aunque emitido originalmente en noviembre de 2007 y posteriormente actualizado en abril de 2015.

El objetivo que se plantea del documento es “Orientar al personal adscrito a Servicios de Salud del Estado de Querétaro en lo referente a la estructura orgánica, objetivos, funciones del Organismo, delimitación de responsabilidades y ámbito de competencia de las distintas Unidades Administrativas que integran su estructura con el propósito de ofrecer un marco de referencia organizacional...” De tal manera que aquí encontramos la estructura orgánica de SESEQ en primera instancia, el organigrama en segunda y podemos localizar el lugar exacto en el que el CESAM es localizado en relación con otras dependencias de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro. En la siguiente ilustración quedará más claro, sin embargo, es notoria la posición casi improvisada que ocupa, como si su lugar dentro del organigrama fuera incómodo, lo cual va muy acorde con la relación que mantuvo por mucho tiempo con SESEQ y que ya revisamos en la historia.

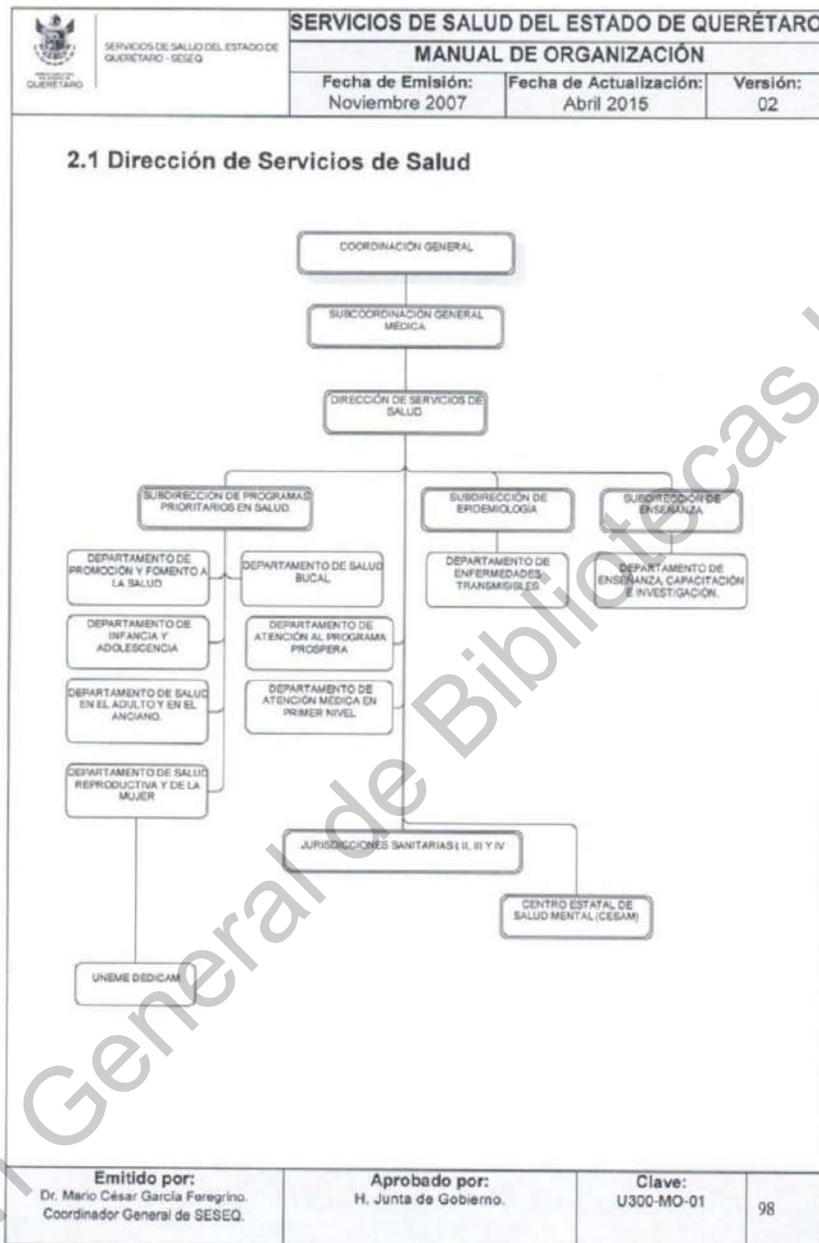


Ilustración 20. Organigrama de la Dirección de Servicios de Salud.

3.2.7 La ley en el CESAM.

Lo anterior recoge los elementos esenciales del marco legal que rige al Centro Estatal de Salud Mental y que, por lo tanto, establece las características de un vector político que deja de ser primordialmente interno y ejercido por los actores de la institución al incluir una inédita presencia externa por parte del

Estado. Estas características dotan al dispositivo psi de ciertas directrices que acotan la actuación de los sujetos que se inscriben dentro del mismo, sin embargo, y como revisaremos a continuación, a pesar de los intentos externos de ejercicio de poder, es la actividad interna del CESAM la que determina el dispositivo psi, por lo que se vuelve necesario de nuevo ajustar el enfoque del sistema complejo-integral para reconocer la realidad efectiva del dispositivo psi dentro del CESAM, una vez revisadas las coordenadas externas que se le imponen.

De esta manera podemos revisar las formas ideales de un dispositivo psi diseñado por instituciones a nivel mundial (OMS), nacional (Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos) y estatal (Gobierno del Estado de Querétaro, SESEQ, CESAM). A través de ellas es que se diseña una visión de lo que sería un dispositivo psi al escoger ciertos elementos (o tropos) y su relación dentro del mismo, sin embargo, como ya hemos revisado a nivel histórico, estas legislaciones en materia de salud mental responden a una demanda reconocida hace poco, mientras que la historia del CESAM se ha desarrollado paralela a ésta, respondiendo a las demandas culturales, sociales e institucionales conforme se le presentaran.

El siguiente paso será revisar la realidad fehaciente del dispositivo psi dentro del Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro, considerando que lo anteriormente revisado a nivel histórico y legal son directrices, más no rígidos determinantes, de la realidad de la institución y si bien establecen ciertas demandas, elementos (o tropos), así como prohibiciones tanto explícitas como implícitas, son las acciones cotidianas de los actores dentro de la institución, sus ideas, pensamientos e interpretación de las normas y su papel tanto como seres humanos como trabajadores los que dan forma al dispositivo psi.

4. Estructura del dispositivo psi en el CESAM.

La vía para conocer y reconocer la verdadera estructura del dispositivo psi tal como se constituye dentro del CESAM es a través de la revisión (en el sentido de volver a ver) de algunos puntos específicos de las entrevistas que se aplicaron al personal. Sin embargo, es necesario advertir que éste se encuentra dividido con base en diversos criterios, lo cual suma a la complejidad del dispositivo psi al ofrecer una importante variedad de puntos de vista distintos condicionados por sus propias características pero que a la vez son parte de un mismo sistema y que por lo tanto se intersecan en diferentes puntos con el resto de los elementos que lo conforman.

Las divisiones que se establecen en el CESAM están basadas en la división del trabajo dentro de la institución, es decir, “una forma de organizar la producción en el espacio” (Parnreiter, 2016). Más allá de la fragmentación de una actividad productiva y su reparto entre diferentes personas, pensemos en ésta en el sentido de una relación socio-espacial. La misma historia de la institución nos presenta escenarios y acontecimientos en que las relaciones laborales y sociales determinan y son determinadas por el espacio en el que se encuentran. Asimismo, es necesario considerar la noción de espacio (social) como el producto dinámico de un conjunto de relaciones sociales que interviene en éstas tanto como ellas en él, convirtiéndose en causa y efecto; dejando de lado la definición geométrica y geográfica de un espacio vacío o pasivo, respectivamente. Este concepto de espacio liga lo mental, lo cultural, lo social y lo histórico al reconstruir un proceso complejo de descubrimiento-producción-creación que, por su naturaleza, produce desfases de ideologías que se intercalan e ilusiones que se contraponen (Lefebvre, 2013).

Entonces, encontramos dentro del Centro Estatal de Salud Mental una división del trabajo con base en las profesiones, áreas y turnos oficialmente; y en

clínicas y programas convencionalmente. Es decir, existe una división del trabajo normativa, reconocida oficial y legalmente, y una división del trabajo convencional, que se ha configurado a través del tiempo hasta conformarse en la forma de trabajo cotidiano de la institución a pesar de carecer de validez oficial. Aquí encontramos la bifurcación entre la legalidad y la realidad, incompatibilidad que se mantiene en la pugna entre el vector político, que apela al sistema, y el vector psicológico, que representa el mundo de la vida. Este punto no deberá leerse cómo una falta de normatividad, sino que simplemente apunta a algo inevitable: la ley siempre será insuficiente o, en otras palabras, lo instituido siempre será antagonizado por lo instituyente en una dinámica perene.

La división del trabajo normativa comprende tres tipos: por área, por profesión y por turno. En la división del trabajo normativo por área entendemos la división generada con base en las diferentes funciones del personal, es decir, en las actividades principales que permiten el funcionamiento básico del centro: dirección, administración y atención al paciente.

La división del trabajo normativa por profesión se refiere a las distintas disciplinas que conforman el área de atención al paciente: el personal médico-psiquiátrico, de psicología, trabajo social y enfermería. Sus funciones, sin embargo, están determinadas por su formación académica (especialidades, maestrías...) e intereses, mismos que se ven reflejados en la división del trabajo convencional. La división del trabajo normativo por turno es bastante simple y simplemente refiere a los turnos matutino y vespertino de la institución.

La división del trabajo convencional, por su parte, está conformada por dos tipos: por clínicas y por programas. Debido a su naturaleza íntimamente relacionada a la división del trabajo normativa por profesión, éstas tres se mezclan continuamente en la realidad laboral del centro. La división del trabajo convencional por clínicas diferencia entre la clínica de adultos y de niños y

adolescentes, sin embargo, en la práctica encontramos subespecialidades dentro de las clínicas, así como atención que comprende a ambas. La división de trabajo convencional por programas responde a la necesidad de distinguir aquellas actividades de atención a los pacientes que, sin embargo, escapan a las actividades normales del centro por su carácter tan específico.

Estas divisiones del trabajo, sin importar si son normativas o convencionales, delimitan los espacios y las relaciones sociales y laborales que se pueden establecer dentro del CESAM. La más tajante es la división de turnos que, como veremos más adelante, se sobreponen uno sobre el otro creando fricción al compartir un mismo espacio y población, mientras que la división por área y profesión está contemplada dentro del organigrama con base en las funciones que le corresponden a cada una de las personas que conforman el personal. Sin embargo, es significativo cómo los puestos de dirección más altos están reservados para los psiquiatras, dejando a los psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y personal administrativo de lado.

Asimismo, la distribución por áreas, profesión, clínicas y programas establece coordenadas espaciales que agrupa a los actores de acuerdo con estas directrices, por lo que la pertenencia a un gremio que atiende cierta población en específico resulta en una identidad profesional ajena al resto. Siguiendo este punto, la creciente especialización a la vez que busca una mayor eficacia y eficiencia del personal, genera alienación en el personal, mismo que principalmente sólo se expone a otro tipo de población, teorías y prácticas a través de las reuniones generales y/o profesionales, considerando que en el trabajo cotidiano también se establecen alianzas profesionales en pos de su labor cotidiana.

Lo anterior toca un par de puntos importantes que es necesario recalcar para comprender la complejidad ante la que nos encontramos: si bien existen

antecedentes históricos y normas legales que condicionan el funcionamiento del CESAM, más no lo determinan, el elemento humano que introducimos al entrevistar al personal nos muestra, una vez más, una dualidad que se contrapone a la dualidad histórico-legal de la institución y que corresponde, al igual que esta, a los vectores psicológico y político. Esta dualidad a la que nos referimos es la que se puede denominar como socio-laboral.

Se ha vuelto parte de la cultura considerar que mezclar negocios con x (placer, amor, amistad...) es un error, por lo que se intenta separar la relación mercantil (o laboral) de la relación intersubjetiva. Esta fantasía ideológica nos augura una tarea pendiente que es integrar ambas dimensiones que, a pesar de que en la práctica es indivisible, se sostiene en la teoría como algo posible e incluso ideal. Siguiendo esta pauta se abordaron ambas dimensiones, la personal y la laboral, para abordar la percepción que el personal tiene de su papel en la institución, tanto desde sí mismos como desde la distancia que ofrece considerarse empleado de una institución ajena a sí.

La mayoría de los testimonios coinciden en una primera instancia en describir su experiencia personal como buena, siendo este calificativo a la par que la raíz bien y sinónimos como los más comunes. Incluso hubo casos en los que se recalca el privilegio de ser parte de la institución como distintivo dentro del gremio dedicado a la salud mental. Sin embargo, este adjetivo casi siempre se veía matizado conforme se desarrollaba el discurso de los entrevistados, de tal manera que se discernía la saturación, la eventual adaptación a la rutina, la necesidad del cuidado de sí, el cansancio, la pesadez, el sacrificio, lo estresante y la monotonía.

De los entrevistados hubo una leve mayoría que registró una respuesta matizada que reconocía aspectos tanto positivos como negativos de su experiencia personal, el resto mostraron una percepción totalmente positiva y sólo

una persona tiene una totalmente negativa que achaca en la prisa y falta de tiempo para atender a los pacientes como considera es debido.

En el aspecto laboral, o sea, el desempeño profesional como empleado de la institución, casi todo el personal lo describe como de manera positiva con adjetivos como bueno, excelente, adecuado y satisfactorio. Sin embargo, es interesante observar los parámetros o criterios autoimpuestos que sostienen su afirmación y que se dividen en enunciados positivos, negativos y autocríticos.

Uno de los testimonios más críticos de la situación actual de la institución es transversal a la experiencia personal y laboral de una manera aún más explícita y reconoce la mecanización y automatismo en que se encuentra el funcionamiento del centro. Posteriormente se hará eco de estos argumentos por otros actores en distintos momentos, por lo que se vuelve necesario recalcarla desde aquí, dadas sus consecuencias: se acentúa el aspecto monótono y estable de las actividades que al mismo tiempo que producen algunos síntomas característicos del *burnout*, permiten el funcionamiento de la institución de una forma constante y perenne. Este punto desenmascara la compleja situación de la institución que genera múltiples efectos en su personal.

Estos efectos corresponden a los niveles del sistema que habíamos propuesto: físico, emocional y mental. Sin embargo, nos hallamos con la novedad de que, al igual que las dimensiones socio-laboral de las relaciones del personal e histórico-legal de la institución, estas dimensiones se hallan intrínsecamente unidas y se ponen en juego a través del discurso en formas distintas e insospechadas cada vez. Iremos planteando, entonces, la problemática que representa y ensayando la posible solución que se le puede dar a través del sistema complejo-integral.

Una vez revisada la percepción del personal acerca de su propia condición, primero como persona y después como trabajador en un intento de equiparar ambas posiciones, es necesario avanzar hacia la relación entre el personal y la institución. Si bien lo anterior también implica esta relación, lo hace de manera implícita y más allá de una opinión acerca de la institución como entidad ambigua e imaginaria, se retomó el concepto del “modelo de acciones para la salud mental” que es aplicado en CESAM para referirse al funcionamiento cotidiano del mismo, dado que este refiere a la prevención (o promoción de la salud mental), evaluación, diagnóstico y tratamiento (o seguimiento de pacientes o rehabilitación). Dado que se explicitó lo anterior, es necesario notar que tuvieron lugar tanto respuestas en relación con el funcionamiento general del modelo de acciones para la salud mental como en referencia a cada una de ellas individualmente. Asimismo, la percepción se dividió en positiva, negativa y omisión (es decir, cuando la alguna de las acciones no fue abordada o bien no hubo una opinión general)

En la percepción del modelo de general la gran mayoría tiene una percepción positiva con una minoría que lo desaprueba y sólo un par de omisiones que se enfocan en otros aspectos. En cuanto a la prevención la mayoría considera que no se hace como tal en el centro o prefiere omitir sus comentarios por desconocimiento al respecto, la minoría la ve de manera positiva. Dada la cercanía de evaluación y diagnóstico se les menciona casi en conjunto y ofrecen percepciones casi similares, en su mayoría positivas con pocas críticas. El tratamiento se muestra como el aspecto visto de manera más favorable del conjunto.

Este tema fue un fuerte estímulo para la crítica del funcionamiento del centro e incluso para resaltar las fallas y carencias que existen en el lugar. Uno de los puntos más importantes fue la contraposición entre las causas laborales y personales en cuanto a los problemas que se llegan a suscitar entre el personal.

Se hace eco de la automatización o mecanización de la institución en la frase: “el centro funciona solo, hasta sin directivos funciona bien.” Entre las fallas y carencias se menciona un hospital psiquiátrico en el estado; liderazgo en la institución; atención extramuros; mejorar el área enseñanza y la calidad de académica; recuperar el área de investigación; dar prioridad a la buena atención y la ética; tener más y mejores pruebas psicológicas que respondan a las especificidades de la población que se atiende (por ejemplo, pacientes geriátricos o autistas); la falta de financiación; mejor manejo de la agenda; las pre-consultas y atender el alto grado de ausentismo de los pacientes.

Como parte de este punto, se le pidió al personal que le asignaran un nombre, etiqueta o denominación al modelo, que a nivel legal ya existe pero es desconocido por el personal. Para nuestra sorpresa ninguna de las respuestas se repite a verbatim, lo cual apunta la multiplicidad de puntos de vista y heterogeneidad dentro de la institución, a la vez que a la falta de una dirección clara y común para el personal. Sin embargo, esta multiplicidad de denominaciones puede ser dividida en políticas y psicológicas (en relación con los vectores institucionales). Las primeras se caracterizan por calificar al modelo con base en las profesiones y su forma de interrelación, mientras que las segundas contienen un sesgo más personal.

Es necesario resaltar en este punto la ambición actual de las autoridades de pasar a un modelo único marcado por el Programa Querétaro en Salud Mental, de tal manera que ese sería el nombre oficial reconocido institucional y legalmente.

Una vez establecida la percepción acerca del funcionamiento del Centro, así como la concepción personal y laboral de cada uno de los integrantes del personal de manera individual, es necesario establecer la percepción de las relaciones socio-laborales entre las distintas áreas de atención al paciente, a

saber, psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, primero desde la experiencia personal del entrevistado y posteriormente de una forma más general e impersonal. Por lo que primero se apelará al desempeño profesional individual en relación con el resto del personal de las distintas áreas, enfatizando el aspecto yoico; mientras que más adelante se colocará el acento en el aspecto comunitario e inclusive la relación con su propio gremio profesional en relación con el del resto.

En este sentido primero abordaremos la percepción con base en la experiencia personal y encontramos tres tipos de respuestas acerca del desempeño profesional individual en relación con el resto del personal: positivas, neutras y negativas. Las respuestas positivas corresponden a comentarios explícitos acerca del buen funcionamiento y/o relación entre profesionales en el centro, las respuestas neutras ofrecen comentarios más descriptivos y matizados que se encuentran entre ambos polos, aunque a veces tiendan levemente hacia uno de ellos, mientras que las respuestas negativas hacen hincapié en los fallos y errores de comunicación y colaboración.

La mayoría de las respuestas son neutras y tienden a describir acciones (“Trato de llevar a cabo la interrelación”, “Trato de ver por qué hay malas relaciones interpersonales”), instrumentos (“Es necesario un expediente bien formado en vista de un trabajo interdisciplinario para apuntar a un mismo objetivo con el paciente.” “Ver en el expediente el trabajo interdisciplinario o multidisciplinario.”) y formas de trabajo en equipo (“Es una relación directa. Mi trabajo repercute en lo que hacen los demás o lo que hacen los demás repercute en lo que yo hago. Tiene que haber mucha comunicación.” “Coordinación, colaboración, participación y ayuda con el paciente.” “La relación es constante.” “Los pacientes que vienen necesitan una atención integral.” “Depende de la persona.”).

Dentro de las respuestas positivas encontramos enunciados positivos o negativos como en el caso de la percepción personal y laboral del inicio, de tal forma que se hace aún más patente su interrelación. Las respuestas negativas, por su parte, refieren a cuatro causas: nostálgicas, estructurales, de comunicación y de problemas personales y/o laborales.

Las respuestas negativas nostálgicas apuntan a un buen o mejor funcionamiento previo del centro, más apegado a “los lineamientos, reglamentos y la comunicación con las personas”, mismo que “se ha perdido” y, por lo tanto, “el personal hace lo que quiere”. Estos comentarios hacen eco con la percepción de que “hace falta liderazgo” anteriormente mencionada. Las respuestas negativas estructurales enfatizan las debilidades institucionales a nivel macro y micro, a saber, la falta de personal de contención para atender urgencias, el manejo de la agenda, el conflicto que generó la falta de un jefe o subdirector y la percibida falta de atención hacia la salud mental por parte del Estado. Vuelve a aparecer la figura de la institución autónoma a través del siguiente comentario: “La organización que tiene la estructura de funcionamiento permite que sigamos funcionando, aunque no haya nadie que esté supervisando.”

Los problemas de comunicación refieren a los fallos en la misma, ya sea por motivos laborales o personales, es significativo que las dos áreas que destacan en este rubro sean enfermería y psiquiatría. En cuanto a la cuestión de problemas entre el personal encontramos que se dividen en personales y/o laborales, siendo este uno de los cuestionamientos centrales: si la raíz de problemas entre los profesionales es de orden laboral (es decir, delimitación de funciones y actividades que desempeña el personal, diferencias teóricas y/o prácticas en su labor, etc.) o personales (trato hacia las demás personas, conductas, personalidades, actitudes, ideologías, resentimiento, etc.) o una mezcla de ambas.

Dado que lo anterior se enfoca en la experiencia personal del entrevistado, como se menciono anteriormente, con el fin de conocer desde su punto de vista la institución, se vuelve necesario develar de una forma más general e impersonal la colaboración entre las diferentes áreas de intervención (psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social), por lo que avanzaremos a ello. En este punto el entrevistado deja de ser el centro del cuestionamiento, lo cual le permite ver a la institución más allá de sí mismo y es interesante observar cómo las relaciones entre las áreas se dilucidan de una forma más realista, es decir, con sus virtudes y defectos cuando se percibe una distancia en la implicación.

Las respuestas se dividen en unas cuantas positivas y una mayoría de matizadas, sin ninguna totalmente negativa. Éstas últimas tienden a marcar la existencia de buenas y malas relaciones, profundizando algunas veces en las probables causas para que la situación sea de una u otra manera de tal manera que se desarrollan con miras a mejorar o incluso detallar cómo es que sean deteriorado. Es necesario resaltar que existe una importante diferencia entre la colaboración entre profesionales en cuanto al tratamiento y en cuanto al clima laboral, de tal manera que encontramos otro cruce entre relaciones laborales y personales que, aunque en teoría pueden ser separadas, en la práctica están todo el tiempo intersecándose entre ellas.

Las respuestas positivas resaltan una relación buena, armónica y adecuada, de colaboración y trabajo en equipo e integral en el que las áreas cumplen sus funciones, si bien hay posibilidad de mejora y a veces es necesario pedir la ayuda explícitamente. En la clínica de niños del turno matutino y en el turno de la tarde es más común tener comentarios positivos e incluso los mismos entrevistados observan la diferencia entre su situación, vista como más favorable, en comparación con la de sus compañeros de trabajo. Por ejemplo, se reconoce un protocolo bastante estructurado en clínica de niños, bajo el signo del buen

trabajo y comunicación, a pesar de las circunstancias en que no queda claro, acerca de ciertas actividades, qué corresponde a cada uno de los actores involucrados y en el turno vespertino se reconoce el cuidado que se le da a mantener una buena relación y organización para lograr un trabajo integral.

Las respuestas matizadas se componen en muchos casos de comentarios positivos en cuanto a la colaboración en el tratamiento dirigido al paciente y el acento problemático puesto sobre la relación laboral y personal entre los profesionistas involucrados, con algunos entrevistados recalcando que personalmente ellos no tienen esos problemas, realzando la importancia de la relativa distancia que permite tomar la pregunta para con el resto del personal y la institución.

Se sostiene la tensión entre atribuir los problemas que hay entre el personal de la institución a factores laborales y/o personales. Del costado personal los argumentos mencionados son los siguientes: las cuestiones personales (“me hiciste algo, no me caes bien”); las diferencias ideológicas, de escuelas, de formación académica y formación en cuanto a valores; el estrés; la desunión; “los compañeros difíciles que siempre tienen problemas unos con otros”; “un 75-80% de cordialidad entre el personal”; “institucionalmente todo está dado para que haya comunicación y se establezca un vínculo por lo que son cuestiones personales y no de normatividad las que generan diferencias entre los involucrados”; incluso se llegan a mencionar situaciones de carácter psicopático, o sea, en que “hay gente que se pasa”. Un factor aunado a lo anterior es el hecho de que el personal del turno matutino tiene mayor antigüedad en la institución que el turno vespertino, de este hecho se desprende que se considere que el turno matutino al tener bastante tiempo en la institución y conocerse bastante bien entre ellos, “en vez de ayudarles”, ha seccionado la institución bastante en áreas. Asimismo, la fragmentación del personal asociada a las divisiones planteadas al inicio del

apartado que desembocan en pequeños grupos de trabajo muy unidos, pero, al mismo tiempo, aislados del resto.

Del costado institucional se reconoce que hace falta hacer algunos ajustes y actualizaciones para que la normatividad sea más explícita y el funcionamiento de cada una de las áreas esté mejor estructurado y delimitado, en otras palabras, explicitar las funciones de cada área y profesionista para poder definir límites que actualmente son muy difusos y generan conflicto al no quedar claro que actividades corresponden a quién (“eso no me toca, te toca a ti”), en conjunto con definir, actualizar y tener manuales de protocolos de atención y profesiogramas, que indiquen qué le toca a cada quién, la falta de liderazgo y una estructura teórica apegada a normas técnicas, de tratamiento y una estructura lo más científica posible y basada en evidencias, la dificultad asociada con los casos que implican una responsabilidad legal por las posibles repercusiones, la carga de trabajo que llega a exceder al personal, así como falta de capacitación y profesionalización de personal, en específico el de enfermería.

Cuando se menciona la falta de comunicación se explica que todas las áreas han tenido esta dificultad en algún punto u otro debido a la falta de cohesión y/o falta de confianza para poder preguntar al otro, sin embargo, también hay ocasiones en las que se especifican las áreas que han tenido o tienen más inconvenientes en este sentido: entre los directivos y el personal, entre psiquiatría y trabajo social, enfermería y trabajo social para con el resto de las áreas y entre ellas mismas complicando que puedan cumplir cabalmente su función, psiquiatría con psicología en el sentido de no derivar pacientes y entre los turnos matutinos y vespertinos ya que no hay mucho contacto y, sin embargo, hay empalme de espacios (consultorios) y tiempos (horarios y citas de pacientes) debido a que el turno de la mañana comprende el horario de 7:00 a.m.-2:30 p.m. y el vespertino de 1:30-9:00 p.m. Es interesante notar cómo en este sentido también existe una

distancia espacial que se traduce en distancia personal y laboral, lo cual se une a los comentarios anteriores de personal que no sale de su área de trabajo.

Algunas propuestas para subsanar las diferencias radican en promover una mayor apertura entre disciplinas y contratación de personal con el fin de renovar la plantilla, trabajar al lado de personas más jóvenes y crear más propuestas grupales que involucren a todas las áreas de intervención. Una vez revisada la percepción del personal acerca de su actuar individual y colectivo, así como su opinión acerca de la institución en sí, es necesario avanzar hacia temas más específicos que nos permitirán refinar nuestro análisis del dispositivo psi dentro del CESAM.

El primer tema que se aborda el tipo de pacientes que, a criterio de los entrevistados, deberían recibir una atención más integral, en otras palabras, de mayor colaboración entre los profesionales encargados del caso. El consenso fue que todos los pacientes que asisten a CESAM deberían recibir una atención integral por parte de la institución o al menos la mayoría así lo requieren, especialmente la población de niños y adolescentes. Además de requerir una atención más integral en los niveles de urgencias, prevención y promoción de la salud mental.

Para lograr el ideal integral también existen posturas que consideran que ya se está llevando a cabo en el turno de la tarde con todos los pacientes y otras que reconocen hace falta personal para dar mayor atención terapéutica, especialmente en clínica de niños, así como de otras especialidades como medicina interna, neurología, pediatría, neuropsiquiatría y psicología educativa.

El segundo tema se enfoca en el expediente clínico en diferentes puntos y niveles: desde su uso clínico hasta la evaluación y el diagnóstico que es plasmado en el mismo. En cuanto al uso clínico que se le da la gran mayoría lee las notas

clínicas que contiene el expediente antes de atender al paciente, con algunos que lo leen antes y después, y un caso que no las lee en absoluto al saber de memoria el historial y ser sus pacientes exclusivos. Al cuestionar qué notas leen los entrevistados responden que todas, es decir, las suyas y las de sus colegas de las distintas áreas de intervención que hacen anotaciones clínicas, siempre y cuando las notas sean legibles, el más grande e importante problema que se reconoce dentro del expediente. Dado el breve tiempo entre pacientes, las notas que más comúnmente se leen son las del inicio y las últimas, por lo que la nota de ingreso, las primeras notas y las inmediatas anteriores a su cita presente son más tomadas en cuenta que el resto del contenido.

En el rubro acerca del diagnóstico, si éste ya está establecido la mayoría lo retoma y le da seguimiento, siendo la minoría quienes hacen uno propio como si fuera la primera vez que se asisten a consulta y aquellos que no usan diagnósticos para su trabajo con el paciente. Sin embargo, entre aquellos que retoman el diagnóstico, se reconoce la necesidad de reconsiderarlo siempre y la mayoría no descarta modificar, actualizar o agregar algo al diagnóstico si encuentra algo que otro colega no ha observado y anotado, mientras que otros más agregan un diagnóstico al ya preestablecido que va de acuerdo con el tipo de servicio o terapia que brindan, siendo éste el caso del programa de prevención del suicidio y las terapias familiar y de pareja.

Las principales herramientas e instrumentos para establecer un diagnóstico son la entrevista y el historial clínico en primer lugar, seguidos de las pruebas psicométricas, las evaluaciones clinimétricas y los estudios de laboratorio y gabinete. El resto de las respuestas mencionan variaciones o ejemplos de lo ya establecido anteriormente, excepto cuando se refiere a la medicación y el diálogo con colegas. Ya a la hora de formalizar el diagnóstico es significativo que el DSM-V sea el más utilizado por una ligera ventaja ante el CIE-10, aunque en varios casos ambos son utilizados como referencia indistintamente debido a que “el

espíritu de los manuales dice: esta no es una receta de cocina, es una guía diagnóstica”, por lo tanto, ambos son valiosas herramientas.

Al respecto del expediente se reconoce que, a pesar de las notas son realidades distintas de diferentes profesionistas, son un referente relevante. El mayor obstáculo para que el expediente sea la herramienta principal de comunicación y trabajo interdisciplinario es que la letra de las notas no sea legible y, por ende, no se entienda su contenido. La tendencia a poder reconsiderar el diagnóstico cada sesión se sustenta con base en la constante evolución del paciente y “un mejor diagnóstico nos va a dar un mejor tratamiento”. Además de que la necesidad de los estudios de laboratorio y de gabinete se explica por la gran cantidad de casos en que existe comorbilidad de enfermedades o daño orgánico y trastornos o afecciones mentales, por lo que el diagnóstico psicológico se complementa con el orgánico y viceversa. Por ejemplo, el tratamiento a seguir no será igual si el diagnóstico del caso se trata de una depresión por duelo o si corresponde a una depresión provocada por un abuso de sustancias.

El tercer tema corresponde a las propuestas de trabajo que implican la colaboración entre diferentes disciplinas, el primero rubro aporta la disyuntiva si el entrevistado considera necesario tiempos, espacios y disponibilidad para discutir casos con otros colegas y que dada al absoluto apoyo del personal terminó derivando en otra: ¿la discusión de casos debiera tener un carácter formal o seguir siendo llevada a cabo de manera informal y guiada por la necesidad que se pueda suscitar? Por lo que las respuestas se alinearon en estos dos bandos con sus argumentos a favor de una u otra con base en su experiencia personal. Posteriormente se les preguntó con colegas de qué áreas establecen un diálogo ya de manera informal o con quiénes les gustaría establecer un diálogo de manera formal. La gran mayoría considera necesario establecer un diálogo entre todas las áreas de intervención con el paciente, es decir, psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, mientras que la minoría considera que es suficiente con el

diálogo entre psiquiatría y psicólogos y un caso considera que con psiquiatría basta.

Los argumentos a favor de la discusión de casos formal proponen que el paciente es un todo y, por lo tanto, habría que complementar en la visión del caso. Se argumenta que es una cuestión de enseñanza para el personal, algo de lo que adolece el centro de manera formal y que se ha relegado en las sesiones de personal a favor de la capacitación o presentación de un tema académico. Se comenta que lo ideal sería formalizarlo para integrar la opinión de todos en beneficio del paciente a través de compartir las impresiones clínicas del resto del personal con los profesionales encargados del caso. En el turno de la tarde se utiliza cada cierto tiempo (aproximadamente cada cuatro semanas) la sesión general para discutir casos con todo el personal. Hay voces que incluso han pedido formalmente que se instauren, pero lo ha impedido la falta de trabajo colaborativo.

Los argumentos a favor de la discusión de casos informal consideran que existen discrepancias entre psicología y psiquiatría en el tratamiento por lo que habría enfrentamiento debido a que “hay médicos un poco opositores”. Siguiendo esa idea se considera que la personalidad, las actitudes, las creencias, las escuelas, la formación académica, el ostracismo, la cerrazón y la falta de disponibilidad e interés de documentar el trabajo de los colegas serían grandes obstáculos que haría muy difícil llevar a cabo un trabajo de este tipo institucionalmente formalizado. Otras opiniones consideran que para ello existen las sesiones de personal, los comités que se convocan o las reuniones informales en pasillo o en consultorio cuando existe necesidad por lo que no sería necesario hacerlo algo recurrente y rutinario.

Continuando con las propuestas de trabajo colaborativo, como segundo rubro se aborda la discusión alrededor de las sesiones conjuntas, es decir, que

dos o más profesionales de la salud encargados del caso puedan intervenir con fines de evaluación, diagnóstico y tratamiento con un mismo paciente en una misma sesión. La idea es derivada de las interconsultas médicas y la coterapia psicológica. En este rubro encontramos respuestas a favor y en contra de la medida por distintos argumentos que a continuación desglosaremos. Las respuestas a favor fueron la mayoría y en contra una minoría considerable. En cuanto al personal con el que trabajarían de esta manera, la poco más de la mitad considera que lo ideal sería un trabajo conjunto entre psicólogo y psiquiatra, mientras que el resto manifiesta que es necesario tomar en cuenta a personal de todas las áreas (psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social).

Los argumentos a favor de las sesiones conjuntas afirman que ya se ha hecho de manera informal debido a que no hay una ley ni regla que considere esta modalidad y es valiosa en cuanto es una sesión interdisciplinaria y un tratamiento integral del paciente. También se considera que estas sesiones resaltan el abordaje multidisciplinario en que cada profesionista tiene su visión y su enfoque que va a aportar a ayudar al paciente. Sin embargo, se toma en cuenta las dificultades de la medida y se ofrecen alternativas como el trabajo con pasantes en vez de personal adscrito que quizá no acepte por cuestiones de “personalidad” y/o “narcisismo” o incluso se condiciona la sesión conjunta a situaciones específicas como casos complicados, de extrema violencia, devolución de diagnóstico, reingresos, internamiento, rehabilitación, legales o en los que no se entiende o acepta el diagnóstico.

Los argumentos en contra de las sesiones conjuntas consideran que, aunque haya buena relación entre las partes, estamos ante diferentes visiones teóricas y a veces eso puede generar más desorientación en el paciente que ayuda. Por lo que se considera que el enfoque debiera apuntar a la distinción entre disciplinas y la separación del trabajo; por ejemplo, las estrategias del psicólogo y el razonamiento biológico y el uso de medicación médica que

asimismo se ven reflejadas en la existencia de dos historias clínicas en el expediente: los antecedentes médicos y los psicodinámicos. Existe también una aversión hacia las escuelas antipsiquiátricas, por parte de psiquiatría (obviamente), que no permiten llegar a ningún acuerdo o simplemente se reconoce la incompatibilidad entre la forma particular de atender al paciente de cada uno de los profesionales.

Esta tensión recalca la diferencia entre los entrenamientos recibidos y el enfoque resultante, específicamente entre psicología (psicodinámica) y psiquiatría (médico-biológico-fisiológico). Lo anterior resulta en que, antes de pensar en sesiones conjuntas, se considere más próximo y necesario primero que los psiquiatras canalicen los pacientes psiquiátricos a psicología para que reciban una atención más integral. Para lo cual sería necesario que la parte psiquiátrica llegue a “sensibilizarse más, actualizarse” y, como consecuencia, “tener más apertura”.

El último rubro de este tema apunta a recibir las propuestas del personal que se avoquen al trabajo con el paciente desde varias disciplinas después de haber ofrecido dos ejemplos en forma de la discusión de los rubros anteriores, uno más conservador y tradicional que el siguiente. Podemos dividir las propuestas en psicológicas y políticas, usando esta terminología podemos mostrar de una forma más clara la dirección y el impacto que tendrían, a saber, las propuestas psicológicas se dirigirían al interior de la institución y, en específico, tendrían un impacto sobre el personal, y las propuestas políticas dirigirían su impacto hacia el exterior y buscarían un cambio a nivel institucional, legal, social y/o cultural. Asimismo, las primeras se caracterizarían por ser más modestas en su carácter reformador y las segundas por su gran ambición revolucionaria y radicalidad. Claro que también existen posturas que sugieren que no es necesario proponer, sino lograr el buen funcionamiento del sistema actual en que cada área se dedica a sus funciones por separado, a menos que sea necesario discutir el caso informalmente, y priorizar la atención en el paciente desde un enfoque

multidisciplinario, cada uno desde su tratamiento. O incluso el considerar que el expediente clínico es suficiente como el instrumento de comunicación más importante a través de las notas clínicas, escritas desde un lenguaje lógico con base en un modelo científico y filosófico fenomenológico reforzado a través de pruebas palpables y basado en evidencias comprobables.

Finalmente, se les cuestiona el impacto que cualquiera de las propuestas de trabajo entre varias disciplinas pudiera llegar a tener en su forma de trabajo actual. La respuesta más común fue que su implementación sería positiva y repercutiría, principalmente, en beneficio de los pacientes, seguido del aprendizaje que implicaría para el personal, la simplificación del trabajo, romper el esquema de trabajo monótono, la oportunidad de tener una visión más fresca, enriquecer lo que los demás pueden ver u observar, ahorro de tiempo, acelerar el diagnóstico y la intervención en pacientes complicados, mejorar el desempeño, aminorar la gran demanda del centro, mayor eficiencia en el tratamiento y colaboración, resultados más certeros, agendas más fluidas y menos saturadas, ampliar las relaciones con otros profesionistas, la implementación de interconsultas entre médicos de distintas especialidades, motivación y un remedio a la mecanización del centro.

Los obstáculos a la implementación de cualquiera de las propuestas remite de nuevo a la actitud de los médicos y colegas, el miedo de ser criticado o juzgado en el manejo que se hace del paciente en el caso de la presentación de casos, lograr la autorización de las autoridades, conseguir presupuesto, áreas físicas disponibles, coordinación de las agendas, la gran demanda, la saturación laboral, el movimiento de espacios y horarios.

Hasta el momento el uso del sistema complejo-integral ha sido utilizado en un sentido más cartográfico e ilustrativo apegado a sólo una de sus características. Con el fin de corregir lo anterior y ofrecer una versión más útil es necesario establecer los tres niveles que hemos encontrado a lo largo de nuestra

exposición y análisis de los resultados: los niveles social, institucional e individual. El nivel social nos ofrece las pautas sociales (legales) y culturales que condicionan las características del CESAM como institución; el nivel institucional aborda el funcionamiento interno del CESAM en el cruce entre lo histórico y lo político; mientras que el nivel individual se avoca a la percepción específica de los actores institucionales en cuanto a su condición como seres atravesados por lo laboral y lo personal.

Por lo que podemos afirmar que la estructura general del dispositivo psi es la siguiente:

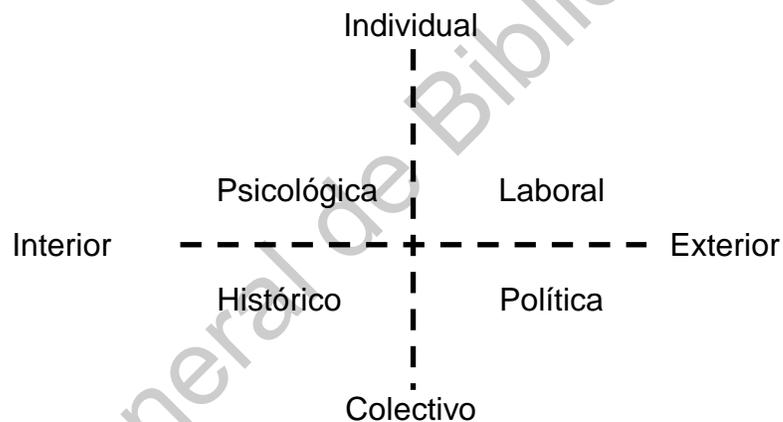


Ilustración 21. Dispositivo psi de CESAM.

Estas cuatro dimensiones son las que atraviesan el Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro y sería el prototipo de una nueva forma de diagnóstico institucional posible considerando el marco legal que rige a la institución (dimensión política), la historia de institución desde su inauguración hasta el presente (dimensión histórica) y la percepción de los actores en cuanto a sus matices personal (dimensión psicológica) y profesional (dimensión laboral). El conjunto de estas cuatro dimensiones equivale al dispositivo que se teje entre ellas, cada una desde su especificidad y sin reduccionismos.

Finalmente sería importante reconocer, asimismo, la innegable tensión que existe entre estas dimensiones y cuya dinámica genera los productos derivados del movimiento que tiene lugar al interior del dispositivo. Al considerar lo anterior podemos reconocer con mayor facilidad la imposibilidad de una completa armonía dentro de la institución, pero también de la posibilidad de organizaciones inéditas e innovadoras dentro de la misma. Esta característica central del dispositivo pone de realce la interminable tensión entre los individuos y la cultura institucional.

Las formas en las que esta tensión se verá reflejada serán distintas, sin embargo, lo podemos notar principalmente en la alienación que se percibe como automatismo al seguir los lineamientos y circunscribirse únicamente a ellos sin posibilidad de ir más allá o incluso en la implicación narcisista que permite sobrellevar la vida laboral al idealizarla. De igual manera las tensiones entre el personal se ven ligadas al narcisismo de las pequeñas diferencias, a través del cual existe una identificación entre el individuo y profesión como un mecanismo de defensa.

Quizá una de las vías para salir de este terreno consista precisamente en el reconocimiento de una historia común, la legislación que sujeta la institución así como la oportunidad única de poder moldearla al considerar la importancia presente que tiene el centro en ese sentido y, por supuesto, la diferenciación y análisis de las dimensiones personal y laboral con el fin de repensar la relación entre la plantilla de trabajo.

VI. Conclusión.

El Centro Estatal de Salud Mental (CESAM) del Estado de Querétaro es, tal como lo indica su nombre, un centro en el que confluyen cuatro dimensiones de amplio espectro e importancia que podemos denominar como: psicológica, laboral, histórica y política. La red que se instala entre estas dimensiones y las mantiene cohesionadas es llamada dispositivo, que dada la especificada del centro, merece el apellido de psi.

La dimensión psicológica y laboral implican a cada uno de los actores que forman parte del dispositivo, así como sus relaciones intersubjetivas y profesionales, mismas que ha su vez desde la inauguración del centro han escrito, determinado y cambiado la dimensión histórica del mismo, a la vez que ésta ha planteado diversas condiciones a aquellas. La dimensión política, por otra parte, determina y es determinada por el devenir de todas las dimensiones anteriores, así que al hablar de una hablamos de todas inevitablemente.

En el caso específico del CESAM nos encontramos ante una institución que determinada por la política y la historia ha devenido en múltiples instituciones que habitan en un mismo espacio, por lo que reducir su complejidad en cualquier sentido invisibiliza una parte importante de la institución. El presente trabajo, a través de su desarrollo servirá, entonces, como un marco contextual de la situación actual del CESAM que establece cuatro dimensiones principales que componen su dispositivo psi.

El dispositivo psi del CESAM se divide en cuatro dimensiones que podemos resumir de la siguiente forma:

- Dimensión política: las exigencias de la OMS, la incipiente e inexacta preocupación a nivel federal, la exacerbada y reciente importancia a nivel estatal, así como el nobel reconocimiento a nivel local.
- Dimensión histórica: una identidad que se ha ido forjando a través de los años, a veces en un cambio reformador y otras con acontecimientos de ruptura, que determinan una forma de funcionamiento convencional propia del centro.
- Dimensión psicológica: una multiplicidad de relaciones entre el personal marcada por los intereses, ideologías, valores y factores tempoespaciales (antigüedad y ubicación).
- Dimensión laboral: las distintas formas de interrelación entre disciplinas que abarcan desde las intervenciones unidisciplinarias, multidisciplinarias (la mayor parte del tiempo), interdisciplinarias (algunas veces) y transdisciplinarias.

Estas cuatro dimensiones se ven fuertemente influidas unas por otras por lo que las diferentes modalidades de trabajo, por ejemplo, son resultado de las diferencias o afinidades entre colegas y la indeterminación de una forma de trabajo establecida, así como sus posibilidades, desde las leyes que rigen el centro hasta los reglamentos internos o profesiogramas. De tal manera que en lugar de proponer un FODA que busca reducir la complejidad del centro a cuatro cuadrantes con oraciones breves, se ofrece un marco contextual a través del cual se podría analizar cualquier problemática y situación que emerja en la institución.

El invaluable apoyo por parte del CESAM no solamente permitió el desarrollo de la presente tesis, sino que fungió como el espacio en que la teoría fue encontrando su lugar en la práctica y se fue refinando sobre la marcha. Sin embargo, el trabajo aún conserva un carácter exploratorio y parcial ante la imposibilidad de aplicar las técnicas y métodos de investigación de forma exhaustiva. Asimismo, el objeto de estudio, por su misma naturaleza dinámica

presenta un constante desafío cuyas condiciones ya no son las mismas hoy que al momento del trabajo de campo. En otras palabras, la mayor limitante del presente trabajo es intrínseco a su estructura: su valor temporal específico y la imposibilidad de asir en su totalidad la realidad institucional.

Los hallazgos de la investigación nos permitieron estructurar el concepto de dispositivo psi basado en la realidad concreta del Centro Estatal de Salud Mental del Estado de Querétaro, como era nuestro objetivo principal y hemos mencionado al inicio de este apartado. Además de ello nos permitieron dilucidar la falta de un consenso en cuanto al modelo de interrelación entre disciplinas profesionales desde un punto de vista normativo y el cómo éste ha recaído en las preferencias profesionales y personales del personal, siendo la interdisciplina el modelo preponderante. El objetivo principal, asimismo, reconoce e incluye explícitamente la complejidad del dispositivo psi a través de sus distintas dimensiones y nos permite aplicar los paradigmas emergentes en el análisis del dispositivo psi, depurando lo ya establecido en el marco teórico.

La tesis principal del presente trabajo es, por lo tanto, la propuesta específica del sistema complejo-integral como herramienta de análisis y estructuración de cualquier dispositivo. En este caso concreto nos avocamos al dispositivo psi de una institución de salud mental y su uso práctico corresponde al del diagnóstico institucional. Sin embargo, su uso puede ser llevado a un niveles macro en los que el acento no se ponga en una institución en concreto, sino en elementos propios de la cultura, la sociedad o el Estado y las relaciones que mantienen con el resto de los cuadrantes, así como el tipo de sujetos que se crean o a un nivel micro podría ser aplicado en la clínica con el fin de conocer las coordenadas subjetivas y objetivas de un paciente en particular o inclusive en el estudio de un trastorno o condición en específico que nos permita avanzar en pos de un lenguaje común que permita el trabajo transdisciplinar.

Estos posibles usos son inquietudes que plantean la presente tesis y posibles campos a explorar en cuanto a su viabilidad, que en específico se buscaría en un trabajo futuro aplicar con una finalidad clínica específica. Por el momento se concluye este trabajo recordando que, como plantea la teoría de la complejidad, nunca podremos cerrarlo como tal y siempre estará incompleto frente a la imposibilidad del conocimiento pleno y cabal de nuestro objeto de estudio. Este hecho en lugar de presentarse como un obstáculo nos permite constantemente replantear y repensar los hallazgos presentes en este trabajo que no se cierra, sino que se deja como una tarea pendiente de continuar.

VII. Bibliografía

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, año 26, número 73, 249-264.
- Asociación Médica Mundial. (1948). Declaración de Ginebra. *Promesa del médico*. Suiza: Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.
- Auren. (s.f.). *Planes y programas gubernamentales*. Obtenido de Auren: <https://www.auren.com/es-MX/servicios/consultoria/planeacion-y-desarrollo-gubernamental/planes-y-programas-gubernamentales>
- Bleichmar, N. M., & Leiberman de Bleichmar, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
- Boyack, K. W., Klavans, R., & Börner, K. (2005). Mapping the backbone of science. *Scientometrics* Vol. 64, No. 3, 351-374.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI.
- Cacioppo. (1 de Septiembre de 2007). *Psychology is a Hub Science*. Obtenido de Association for Psychological Science: <https://www.psychologicalscience.org/observer/psychology-is-a-hub-science>
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Chicharro Lezcano, F. (2007). El equipo multidisciplinar: ¿realidad o expresión de un deseo? *Norte de salud mental* n° 27, 95-100.
- CNN Español. (3 de Enero de 2019). *México a la izquierda y Brasil a la derecha: así está el mapa político de América Latina en 2019*. Obtenido de CNN Español: <https://cnnespanol.cnn.com/2019/01/03/mexico-a-la-izquierda-y-brasil-a-la-derecha-asi-esta-el-mapa-politico-de-america-latina-en-2019/>
- Contacto. (7 de Noviembre de 2017). *Fuego amigo / Gran señora*. Obtenido de Plaza de Armas: <https://plazadearmas.com.mx/fuego-amigo-gran-senora/>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2019). *Rizoma*. México: Fontamara.
- DIF. (17 de Octubre de 2017). *Visión*. Obtenido de Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro: <https://www.queretaro.gob.mx/dif/contenido.aspx?q=7Pj9zGxNoTZ6x4I8/7aGsCaWizoRm2bA>
- DIF. (29 de Junio de 2018). *Misión*. Obtenido de Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro:

<https://www.queretaro.gob.mx/dif/contenido.aspx?q=pvp1bOtJyj2IMBAINBJ6SDvf95PRzXXr>

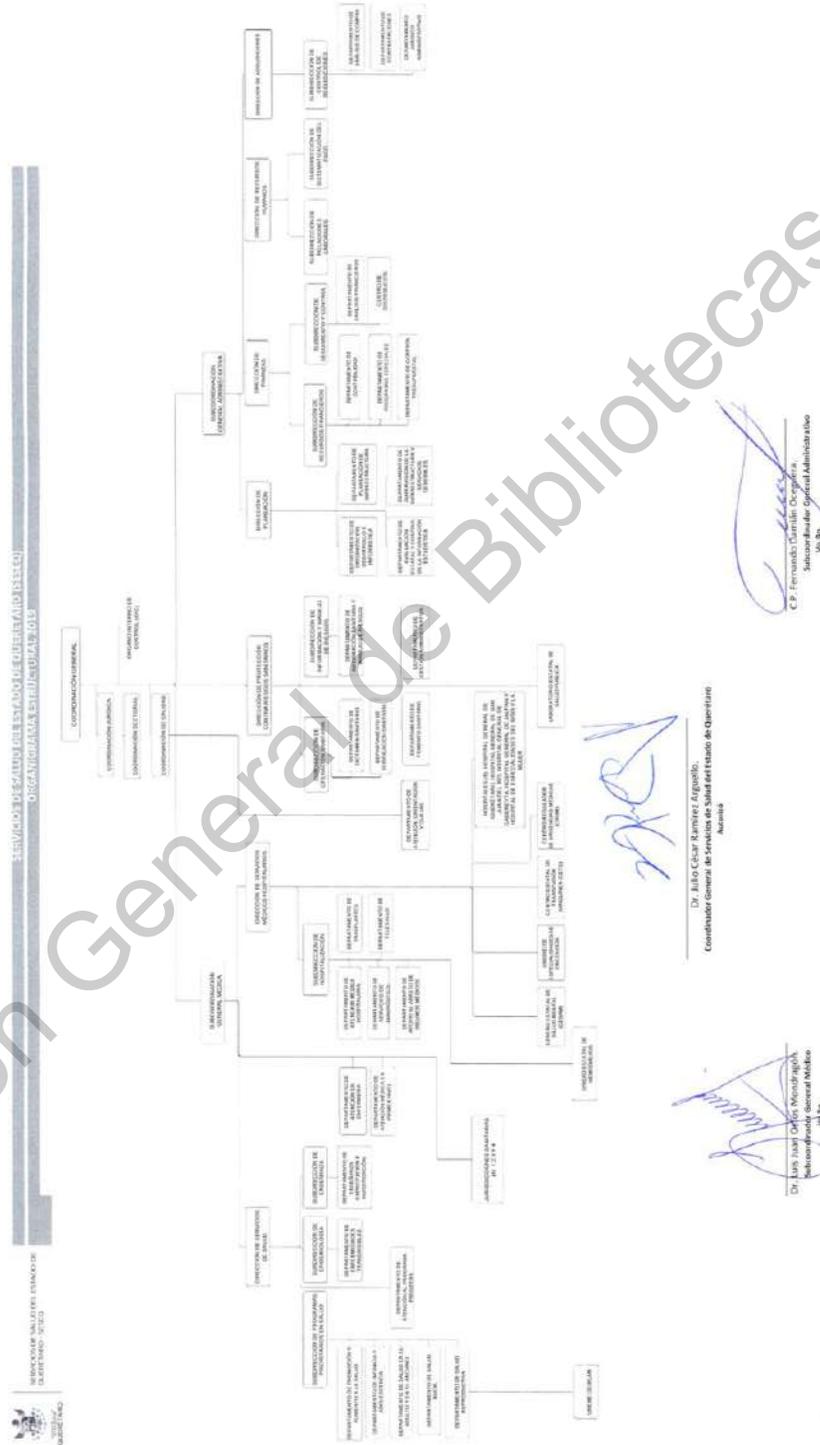
- Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Estrada Rogríguez, J. L., Mendieta Ramírez, A., & González Vidaña, B. (2016). Perspectiva de género en México: Análisis de los obstáculos y limitaciones. *Opción*, vol. 32, núm 13, 12-36.
- Ey, H., Paul, B., & Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Flores Olea, V. (13 de Mayo de 2019). El mundo entre la izquierda y la derecha. *La Jornada*.
- Fair, H. (2010). Hacia la transdisciplinariedad. *Con-Sciencias Sociales* 2, 19-26.
- Feyerabend, P. (2002). *Contra el método*. Barcelona: Folio.
- Foladori, H. (2008). *La intervención institucional*. Chile: ARCIS.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits vol. II*. París: Gallimard.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1984). 28ª Conferencia. La terapia analítica. En S. Freud, *Obras completas XVI* (págs. 408-422). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fukuyama, F. (1989). The end of history. *The National Interest*, 3-18.
- Gilligan, C. (1993) *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gobierno de México. (2008). *Lista de programas*. Obtenido de Gobierno de México.
- Hyppolite, J. (1970). *Introducción a la filosofía de la historia de Hegel*. Argentina: Calden.
- Inglott, R. (1999). La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol. XIX nº 70*, 209-223.
- Kant, I. (1994). *Filosofía de la historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lacan, J. (24 de Noviembre de 1975). *Yale University*. Obtenido de Conferencias y charlas en universidades norteamericanas:
<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.26%20%20%20%20CONFERENCIA%20Y%20CHARLAS%20EN%20UNIVERSIDADES%20NORTEAMERICANAS,%201975.pdf>
- Lefebvre, H. (2013). *La producción del espacio*. España: Capitán Swing.
- Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista cubana de salud pública*, 622-628.
- Liotard, J.-F. (1987). *La posmodernidad (explicada a los niños)*. Barcelona, España: Gedisa.
- Madrid, J. (7 de Diciembre de 2016). *Un códice sobre prácticas medicinales indígenas (el arte de la sanación mágica)*. Obtenido de Más de México:
<https://masdemx.com/2016/12/codice-badiano-azteca-medicina-prehispanica-magia-chamanes-mexico/>
- Marcos de Pinotti, G. E. (1997). Discurso y no ser en Platón. *Synthesis vol. 4*, 61-83.
- Mesquita Sampaio de Madureira, M. (2009). La Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt, de la primera a la tercera generación: un recorrido histórico-sistemático. *Revista internacional de filosofía política*, 193-211.
- Mintz, L. (18 de Noviembre de 2019). 'I spent 21 years attending hate rallies with the Westboro Baptist Church. I know how powerful a poisonous ideology can be'. *The Telegraph*.

- Morin, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. España: Gedisa.
- Mueller, F.-L. (1980). *Historia de la psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Neuman, W. (13 de octubre de 2015). La visita del Papa Francisco pone a prueba su influencia sobre los católicos en América Latina. *The New York Times*.
- OMS. (2019). *Preguntas más frecuentes*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- Platón. (2010). *Platón II*. España: Gredos.
- Parisi, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e investigación en psicología Vol. 11 Nº 2*, 373-384.
- Parnreiter, C. (2016). La división del trabajo como una relación socio-espacial, o cómo reconciliar la ciencia económica y la geografía. *Economíaunam, vol. 13, núm. 39*, 106-119.
- Peña Galbán, L., Clavijo Portieles, A., Bujardon Mendoza, A., Fernández Chirino, Y., & Casas Rodríguez, L. (2014). La psiquiatría comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*.
- Prensa. (18 de Mayo de 2011). *Inauguran el Gobernador José Calzada y su esposa Sandra Albarrán el Salón de las Presidentas del Sistema Estatal DIF*. Obtenido de Portal del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro: http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnlitDOSI5hl3loEtTlq+sKcR
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. España: Real Academia Española.
- Rebollar Rechy, A. (21 de Noviembre de 2014). *Historia del AGN*. Obtenido de Archivo General de la Nación: <http://www.agn.gob.mx/menuprincipal/quienesomos/hist.html>
- Ríos Molina, A. (2013). La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. *Históricas 84*, 28-35.
- Ríos, G. (2013). La Castañeda. *Tiempo y escritura*.
- Roudinesco, É. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sader, E. (11 de Octubre de 2016). *El mundo va hacia la derecha, pero también hacia la izquierda*. Obtenido de América Latina en movimiento: <https://www.alainet.org/es/articulo/180899>
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Soave, M., Bazán, M. E., Chávez, L. P., Ferrer, C., Huespe, T., Muszio, S. V., . . . Villagra, L. M. (2015). Aproximación al concepto de salud mental vigente desde una perspectiva psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología Vol. 2 Nº 1*, 54-72.
- Stolkinier, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *IX Jornadas nacionales de salud mental. Salud mental y mundialización*. Posadas, Misiones, Argentina: Federación de Psicólogos de la República Argentina.
- Tobón, F. Á. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 23 Nº1*.
- UAQ. (5 de Diciembre de 2017). *Develan Placa Conmemorativa por 50 años de la Facultad de Psicología*. Obtenido de Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Psicología: <http://psicologia.uaq.mx/index.php/novedades/576-placa-50-anos>

- UAQ. (s.f.). *Historia*. Obtenido de Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de psicología: <http://psicologia.uaq.mx/index.php/extension/ceseco/historia>
- Vanzago, L. (2011). *Breve historia del alma*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Vermeulen, T., & van den Akker, R. (2010). Notes on metamodernism. *Journal of aesthetics and culture* vol. 2.
- Vignolo, J., Vacarezaa, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*.
- Webster, J. (2018). The psychopharmacology of everyday life. *The New York review of books*.
- Wilber, K. (2008). *La visión integral*. Barcelona, España: Kairós.
- Wiesenfeld, E. (2014). La Psicología Social Comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o crisis? *Psicoperspectivas* Vol. 13 No. 2.

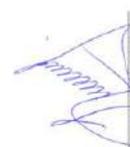
ANEXOS.

Organigrama de SESEQ:




 C.P. Fernando Sarmiento Ochoa
 Subdirector General de Asistencia Administrativa
 V. B. B.


 Dr. Julio César Ramírez Argüello
 Coordinador General de Asistencia de Salud del Estado de Quindío
 N. B. B.


 Dr. Luis Iván Ochoa
 Subcomandante General del Ejército
 V. B. B.

Fecha de Actualización: 01/07/2019
 El Organigrama y estructura es de naturaleza general y no tiene carácter de ley, y cualquier modificación deberá ser aprobada por el Consejo Superior de la Universidad de Antioquia.

Dirección General de Bibliotecas UAQ