

### III PARTE

# Subjetividad y salud mental: el caso de un hospital público

*Subjectivity and mental health:  
the case of a public hospital*

**María Del Mar Pérez Arizabaleta**

Universidad Antonio Nariño

Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>

✉ [mariadelmarperezari@outlook.com](mailto:mariadelmarperezari@outlook.com)

**Jorge Eduardo Moncayo Quevedo**

Universidad Antonio Nariño

Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

✉ [jomoncayo@uan.edu.co](mailto:jomoncayo@uan.edu.co)

## Resumen

**Antecedentes:** En la última década los estudios realizados alrededor de tratamientos psiquiátricos en el marco de hospitalizaciones no han centrado su atención en los desdoblamientos de producciones subjetivas que estos espacios traen tanto para el personal del servicio de salud como para pacientes. **Objetivo:** Describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el ser-

*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Pérez-Arizabaleta, M. & Moncayo, J. E. (2022). Subjetividad y salud mental: el caso de un hospital público. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. *Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental*. (pp. 217-287). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

vicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali. Método: Cualitativo, constructivo- interpretativo, llevado a cabo en una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali por medio de la observación participante, escritura de diarios de campo y la realización de dinámicas conversacionales y complemento de frases a cinco personas del servicio en salud y cinco pacientes. Resultados: Los hallazgos dan cuenta de la Unidad de Salud Mental como un espacio de producción y transformación de subjetividad respecto al servicio de hospitalización, tanto para el personal del servicio de salud como para pacientes. También permiten discutir las expresiones recursivas del personal frente a políticas neoliberales y con ello la ausencia de cuidados del sistema de salud sobre sus trabajadores y pacientes. Conclusiones: El trabajo con la salud mental desdobra sentidos subjetivos alrededor de la enfermedad mental, es por esta razón que el personal promueve tratamientos que son vistos por los pacientes como “cálidos y humanos”. Estas personas que prestan el tratamiento, por medio de sus acciones diarias impiden que las dificultades del sistema de salud (que se reflejan en la USM a manera de lentitud en los procesos administrativos) afecten a los pacientes. Por esta razón se afirma que la humanización de los servicios recae en el personal del servicio, sirviendo estos de “pararayos” ante todos los obstáculos administrativos con el fin de que no se vea afectado el paciente.

**Palabras clave:** subjetividad, producciones subjetivas, servicio de hospitalización, salud y enfermedad mental, tratamiento.

## **Abstract**

**Background:** In the last decade, the studies carried out around psychiatric treatments in the context of hospitalizations have not focused their attention on the unfolding of subjective productions that these spaces bring both for health service personnel and for patients. **Objective:** To describe the emerging subjective productions of health

personnel and patients about the hospitalization service in a mental health unit in the city of Cali. Method: Qualitative, constructive-interpretive, carried out in a Mental Health Unit in the city of Cali through participant observation, writing field diaries and conducting conversational dynamics and complementing sentences to five people from the service in health and five patients. Results: The findings show the Mental Health Unit as a space for the production and transformation of subjectivity regarding the hospitalization service, both for health service personnel and patients. They also allow us to discuss the recursive expressions of the personnel in the face of neoliberal policies and with it the lack of care provided by the health system for its workers and patients. Conclusions: The work with mental health unfolds subjective senses around mental illness, it is for this reason that the staff promote treatments that are seen by patients as “warm and human”. These people who provide treatment, through their daily actions, prevent the difficulties of the health system (which are reflected in the USM as slow administrative processes) affect patients. For this reason it is affirmed that the humanization of the services falls on the service personnel, serving these as lightning rods in the face of all administrative obstacles so that the patient is not affected.

**Keywords:** subjectivity, subjective productions, hospitalization service, health and mental illness, treatment.

## Introducción

Las cifras de enfermedades relacionadas con la salud mental aumentan de manera desproporcionada cada año. A esto se suman las secuelas a causa del Covid-19 relacionadas con los malestares y síntomas mentales que se generan de forma desproporcionada. A propósito de esto, desde hace más de dos décadas los estudiosos de los trastornos mentales han declarado que esto debería ser un asunto prioritario para la salud pública en América Latina y el Caribe, no obstante, la

inversión en esta dimensión de la salud ha sido ampliamente descuidada para los Estados (Kohn, Levav, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo, Saxena y Saraceno, 2005; Rodríguez, 2007).

En concordancia con lo anterior, desde los presupuestos de la teoría de la subjetividad y la metodología constructivo-interpretativa desarrollada por Fernando González Rey (2005, 2011), el presente trabajo expone la investigación, discusión y análisis de las producciones subjetivas emergentes en el marco del servicio de hospitalización de una Unidad de Salud Mental de Cali. Desarrollar la investigación bajo la teoría de la subjetividad permitió comprender la(s) manera(s) en que se organiza(n) las producción(es) subjetiva(s) sobre la hospitalización en la unidad de salud mental (USM) y reconocerla como un espacio vivo y transformador de producciones subjetivas. Este estudio reconoce los procesos socio-culturales como portadores de subjetividades, y a las personas (los participantes) a nivel individual y social como agentes dialógicos de la subjetividad social.

Un momento importante en la realización de este trabajo investigativo fue la revisión de la literatura, la cual se centró en la pesquisa de documentos alrededor de la salud mental, sus prácticas y finalmente sobre la hospitalización psiquiátrica. Esta búsqueda tuvo delimitaciones las cuales se relacionan con el transitar del trabajo de campo. Dicho de otra manera, la búsqueda de antecedentes no fue un momento que se culminó al inicio del proyecto, fue, por el contrario, un proceso de alimentación constante y transversal a todo el proceso investigativo.

Generalmente, en los estudios revisados es común encontrar una relación entre la concepción de la salud mental y su tratamiento, es decir que las prácticas terapéuticas en salud mental dependen de la perspectiva teórica con la cual se aborde. En este orden de ideas, los estudios mostraron que la psiquiatría –como representante de las ciencias de la salud– desarrolla intervenciones tanto hospitalarias como ambulatorias que tienen como punto de partida criterios

diagnósticos, evaluación de signos, tratamientos farmacológicos, factores genéticos y mediciones epidemiológicas de prevalencia de síntomas y análisis de factores de riesgo (Linares, 2002; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a; Tobón, 2005; Haro, et al, 2006; Caron & Liun, 2010; Londoño et al, 2010; Aguilar, 2011; Moreno & Moriana, 2012; Posada, 2013; Gili, Roca, Basu, McKee & Stucker, 2013; Cuesta, Saiz, Roca & Noguera, 2016; Gómez, Aulí, Tamayo, Garzón & Casas, 2016; Hoover, Ruiz, Gómez & Rondón, 2016). Por su parte, los estudios socio-antropológicos desarrollan discusiones teóricas alrededor de dinámicas políticas, del mercado y sociales como ejes que determinan lo que se entiende socialmente como salud/enfermedad y trastorno mental (Galende, 1997, 2008; Vallejo, 2006; Stolkiner & Ardila, 2012; Samaniego, 2016; Clara, 2017); así mismo, otros autores abordan la relación entre sociedad-estructuras de poder y trastornos mentales o “locura” (Cooper, 1976; Clavreul, 1983; Foucault, 2001; Goffman, 2001; Hernández & Sarquis, 2009; Dimenstein, 2013).

Por otra parte, desde el psicoanálisis se encuentra –en gran cantidad– discusiones teóricas donde se plantea el dispositivo analítico como forma central para abordar la salud/enfermedad mental (Lacan, 1966; Braunstein, 2010; Castro, 2013, 2016; Laurent, 2014; Moreno, 2017; Quintero, 2017); en cuanto a los estudios empíricos en el marco de hospitalizaciones en salud mental, la práctica psicoanalítica estudia las oportunidades y vicisitudes del discurso del inconsciente en estos espacios (Belaga, 2002; Zenoni, 2006; Báez, Rodríguez, Karam y Veloza, 2008; Rodríguez, 2010; Castro, 2013, 2016; Oliveira, Rinaldi y Ferreira, 2015; Moreno, 2013; Rubinstein, 2002; 2011; Ordoñez & Moreno, 2018). Por último, se encuentran en menor proporción estudios que se interesan en abordar la salud mental en centros de hospitalización desde la perspectiva de la subjetividad. Estos realizan un análisis de la salud mental y los tratamientos hospitalarios y ambulatorios en clave de la subjetividad de los pacientes partiendo del reconocimiento de la singularidad de las personas

(Desviat, 2016) y de la discusión de la despatologización de la salud mental (Goulart, 2013; 2017).

Vale la pena resaltar que, en el marco de los estudios sobre salud mental en espacios de hospitalización, desde el enfoque médico existe una marcada línea de investigación que aborda la relación entre profesionales en salud con pacientes en centros de salud mental; este tipo de estudios concentran la atención en el análisis de satisfacción del servicio psiquiátrico por medio de la realización de encuestas realizadas a los pacientes (Eytan, Boyet, Gex-Fabry, Alberque y Ferrero, 2004; Buffoli, Bellini, Bellagarda, Di Noia, Nickolova y Capolongo, 2014; Fortin, Bamvita y Fleury, 2018). Este tipo de estudios también se interesan en conocer la percepción de la relación médico-paciente (Herrera, Gutierrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez y Sánchez, 2010) desde la óptica tanto de los médicos (Calderón, Retolaza, Bacialupe, Payo y Grandes, 2009) como de los pacientes.

Aclarado lo anterior, los objetivos más comunes de la revisión de la literatura varían de acuerdo a la disciplina desde la cual se desarrollan. Desde el psicoanálisis el interés que prima está en desarrollar referentes conceptuales relacionados con el psicoanálisis aplicado (Lacan, 1966; Clavreul, 1983; Braunstein, 2010; Moreno, 2013; Quintero, 2017; Moreno, 2017). Desde el enfoque socio-antropológico, la documentación –que en su mayoría son artículos reflexivos– da gran relevancia al análisis del contexto en el cual “surge la locura” (Cooper, 1976; Foucault, 2001; Goffman, 2001, 2007; Vallejo, 2006; Hernandez & Sarquis, 2009; Moreno & Moriana, 2012; Stolkiner & Ardila, 2012; Dimenstein, 2013; Goulart, 2013; Bacallao & Bello, 2014; Díaz, 2015; Vázquez, 2015; Foucault 1976/2015; Desviat, 2016; Clara, 2017). Relacionado con el enfoque histórico-cultural, se desarrollan sistematizaciones y análisis de experiencias terapéuticas en contextos de salud mental, todos estos desde la salud mental comunitaria (Del Río, 2006; Rubinstein, 2009; Asociación civil, La Califata, 2013; Makowski, 2013; Díaz, 2015; Vázquez, 2015; Tortella et al, 2016; Desviat, 2016; Clara,

2017). En menor proporción, se encuentran estudios que se interesan en indagar la representación de la salud mental y su intervención en profesionales de servicios médicos de salud mental (Latorre, López, Montañéz & Parra, 2005; Jiménez, 2011; Ferreira, Frari, Pillon & Cardoso, 2012; Moreno & Moriana, 2012).

Respecto a los resultados de los estudios, estos se enfocan en la discusión de factores de riesgo de trastornos mentales, dinámicas sociales, políticas y económicas que se ponen en juego en el análisis de la salud y enfermedad mental y en el trabajo transdisciplinar. Con relación a los estudios de la subjetividad, estos se orientan a conocer lo que acontece subjetivamente en la vida del sujeto que padece algún trastorno mental, además de plantear posibles escenarios y métodos que permitan un tratamiento donde emerja la subjetividad y con ello la posibilidad de alivio del malestar. Estos escenarios y métodos parten del contexto social en el cual viven los sujetos y, por lo tanto, los resultados de estas investigaciones tienen una apuesta por tratamientos desde la salud mental comunitaria (Galende, 1997; Goulart, 2013; Bacallao & Bello, 2014; Desviat, 2016; Moreno, 2017). Desde el psicoanálisis los resultados se orientan a desarrollos teóricos sobre el método psicoanalítico y las dinámicas que giran en torno a él, se discuten conceptos claves del psicoanálisis como el inconsciente, la asociación libre y la transferencia a la luz de los fenómenos sociales (Lacan, 1966; Clavreul, 1983; Braunstein, 2010; Castro, 2013; Moreno, 2013; Laurent, 2014; Castro, 2016).

Hasta este punto, se puede decir que la revisión de la literatura proporciona un panorama de la literatura que desarrolla temas alrededor de la salud mental, sus prácticas y la hospitalización psiquiátrica. Esta revisión permitió ver los diferentes tipos de abordaje de la salud y enfermedad mental, que van desde la psiquiatría, lo socio-antropológico y el psicoanálisis, entre otros. Para los intereses de este estudio, se encuentra en Brasil una fuerte línea de trabajo desde la subjetividad. Goulart (2013) y Goulart, González Rey & Patiño (2019)

discuten la subjetividad de profesionales de la salud mental en el Centro de Atención Psicosocial de Brasil. Sumado a la escasez de literatura sobre el tema desde la subjetividad, se encuentra que el soporte empírico de las conceptualizaciones no ha sido un común denominador en las investigaciones previas; por empírico, aquí se entiende el uso de entrevistas a profesionales de salud, pacientes y familiares beneficiarios de algún tratamiento o programa de prevención en salud mental de Colombia (Báez, et al, 2008; Castro, 2013), estudios de caso (Rubinstein, 2009) y socialización de experiencias y supervisión de casos por parte de un grupo de investigación (Rodríguez, 2010).

Siguiendo esta línea argumentativa el presente trabajo tuvo como objetivo *describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali*, cuestión que implica el siguiente desarrollo: describir las expresiones de la subjetividad social del personal en salud y pacientes de una Unidad de Salud Mental alrededor del servicio de hospitalización; comprender los sentidos subjetivos alrededor de la salud/enfermedad mental del personal de salud y pacientes de una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali; y, describir las expresiones de la subjetividad individual alrededor del tratamiento ofrecido por el personal del salud y recibido de los pacientes de Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali.

Por medio de lo anterior, este estudio pretendió, por una parte, que el análisis de la subjetividad alrededor los discursos, prácticas y normativas institucionales permitan el debate, contradiciendo de cierta forma, las lecturas deterministas de los espacios sociales; y, en segundo lugar, aportar al arsenal investigativo por medio del análisis de evidencia empírica.

## Perspectiva teórica

En coherencia con la perspectiva teórica de la subjetividad que engloba los trabajos de este libro, la presente investigación se inscribe dentro del referente teórico expuesto en el apartado II, el cual tiene como fundamento los planteamientos sobre las producciones subjetivas expuestas por el autor Fernando González Rey.

De manera particular, en este capítulo se abordan los conceptos de *subjetividad*, *subjetividad social e individual*, *configuración* y *sentidos subjetivos*.

La *subjetividad* será entendida para esta investigación como un “sistema complejo, contradictorio, procesual que integra una relación dialéctica entre lo social y lo individual” (González Rey & Moncayo, 2017, p. 20). Por su parte, la *subjetividad individual* es entendida como “los procesos y formas de organización subjetiva de los individuos concretos donde aparece constituida la historia única de cada uno de los individuos” (González Rey, 2002, p. 241); y la categoría de *subjetividad social* –al igual que la *subjetividad individual*– hace referencia a la integración de múltiples factores que trascienden la expresión intencional frente a cualquier situación social. Con respecto a la *subjetividad social*, González Rey plantea:

El concepto de *subjetividad social* integra los elementos de significación y sentido que, producidos en las zonas de la vida social de la persona, se hacen presentes en los procesos de relación que caracterizan a todo grupo o agencia social en el momento actual de su funcionamiento. De la misma forma, la *subjetividad social* aparece constituida de forma diferenciada en las expresiones de cada sujeto concreto, cuya *subjetividad individual* está atravesada de forma permanente por esa *subjetividad social* (González Rey, 2002, p. 189).

De acuerdo a lo anterior, se puede entender que lo social deviene *subjetividad* en la historia de los individuos y de los espacios socia-

les donde ellos se expresan. Conforme a lo anterior, se entiende en este estudio que el servicio de hospitalización de la USM es un espacio donde confluyen subjetividades individuales. Si bien en el espacio hay unos lineamientos, reglas, discursos, etc., son las personas quienes dan forma a esos discursos, quienes los organizan subjetivamente y quienes producen subjetividad sobre ellos; por lo tanto, la subjetividad social se entiende como esas invenciones humanas construidas en el marco de un diálogo entre personas y espacios –en tanto comprenden normativas, reglas, discursos, etc.– que permiten expresiones de subjetividad social. En concordancia con lo anterior, se puede afirmar que cada individuo presente en la USM constituye un espacio desde el cual se puede entender la subjetividad social que se construye en dicho espacio, es decir que cada persona da cuenta mediante su discurso y acciones de la subjetividad social que dialogan en este espacio concreto espacio-temporal.

Por su parte, el *sentido subjetivo* es una categoría que enfatiza el carácter singular de las producciones subjetivas y el carácter generador de la psique humana. El *sentido subjetivo* es definido por González Rey como:

La unidad constituyente de la subjetividad que integra aspectos simbólicos, significados y emociones en una nueva organización, dentro de la cual estos elementos no tienen relaciones de causalidad. Entre lo simbólico, lo emocional y las significaciones en la organización de los sentidos existe una relación recursiva [...] Los sentidos subjetivos tienen un carácter histórico, en tanto son generadores de emociones y formas simbólicas que anticipan las acciones del sujeto a partir de su historia, pero, a su vez, están unidos inseparablemente a aquellas, representando un momento procesual permanente asociado a la acción del sujeto. (2002, p. 113).

En el marco de esta conceptualización es importante destacar la producción simbólico-emocional que se puede desarrollar de manera individual y social. Esta importancia de la emocionalidad cobra un valor a nivel ontológico ya que por medio de ello se reivindica la sin-

gularidad y el carácter generador del individuo, reanimando la discusión del valor de los procesos emocionales que la visión objetivista y positivista tiende a negar.

Por último, la categoría de *sujeto* es planteada como posibilidad de resistir y crear diferentes formas de subjetivación dentro de los espacios sociales y discursos hegemónicos. Este concepto no debe confundirse con la de individuo o persona, pues desde González Rey “sujeto” es aquel que da cuenta de posicionamientos subjetivos generadores de formas alternativas de subjetivación frente a situaciones o espacios sociales rígidos o cristalizados.

La teoría de la subjetividad permite un distanciamiento respecto al análisis de la salud/enfermedad mental y servicios de hospitalización en la medida en que los otros enfoques soportan sus análisis bajo determinismos sociales; esto pierde de vista la capacidad generadora de las personas y el carácter vivo y transformador de los espacios.

### **Sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental**

A continuación, se describe, a la luz del sistema de salud colombiano, la conceptualización sobre el *servicio de hospitalización*. Se aclara que, por medio de esto no se pretende en este apartado plantear afirmaciones a priori ni universales con relación al significado de la categoría hospitalización de salud mental. Por tal razón, se aclarará que los conceptos que a continuación se discuten parten de planteamientos institucionales y se exponen como contexto para el lector.

La hospitalización de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013), es un servicio definido como:

El conjunto de intervenciones y procedimientos necesarios para prestar servicios de salud de tipo clínico o quirúrgico dentro del ámbito in-

trahospitalario y en el que se hace necesario un cuidado permanente y unos recursos especializados para su atención. Con ellos se garantiza el diagnóstico o la terapia propios del ámbito intramural y con la logística inherente a un servicio hotelero. Se ingresa desde urgencias y ambulatorios (p. 81).

Por su parte, el servicio de hospitalización propiamente de la Unidad de Salud Mental del hospital que sirvió de contexto para el presente trabajo describe como objetivo principal:

Brindar atención integral tanto ambulatoria como en hospitalización, a pacientes con compromiso de su salud mental quienes tienen comorbilidad orgánica severa o presentan complicaciones psiquiátricas a raíz de su patología física. Además de brindar educación en Salud Mental a las diferentes Unidades Estratégicas de Servicio del Hospital Universitario del Valle y a la comunidad del sur occidente colombiano con alta calidad médica, humana y académica, siendo centro de formación de recurso humano para las diferentes áreas de la salud (documento propio del hospital del estudio, s/f, p. 2).

De acuerdo a lo anterior, en este espacio hospitalario, se brinda un *tratamiento* psiquiátrico a personas que tienen psicopatologías en su fase aguda o descompensada junto con otros tratamientos asociados que demanden atención por las otras especialidades médicas del hospital.

Con relación a la *salud mental*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que esta es “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (OMS, 2018a). La preocupación por la salud mental a nivel mundial está en ascenso (OMS, 2018b; 2018c; Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias, 2015b) aunque en muchas ocasiones la accesibilidad a los servicios de salud se restringe por el estigma y el desconocimiento frente a este tipo de malestares.

En consonancia con el marco conceptual de la teoría de la subjetividad de Fernando González Rey, se puede afirmar que, la hospitalización es un espacio en el cual confluyen subjetividades individuales, discursos, representaciones sociales e imaginarios sociales que alimentan la configuración subjetiva de la subjetividad social, formando un espacio único y singular.

## **Método**

En concordancia con el objeto de estudio del presente trabajo –los procesos subjetivos–, la metodología de presente estudio toma distancia de la investigación que se caracteriza por elaborar instrumentos pre-determinados y rígidos para medir las variables y categorías previamente establecidas –y desarrolladas teóricamente– así como por la estandarización de los resultados para mostrarlos universales. Por el contrario, en esta investigación no se parte de una hipótesis que es sometida a comprobación, pues la teoría no es tomada como un presupuesto que debe comprobarse con los datos del campo (Creswell, 2005), por el contrario, la teoría es vista como un engranaje teórico que atraviesa la subjetividad del investigador (Creswell, 2005), y se presenta como un modelo al cual se le va dando vida en cada uno de los momentos de la investigación (González Rey & Mijtáns, 2017). En los siguientes párrafos se profundizará este último aspecto.

De acuerdo a lo anterior, la construcción de los resultados y discusión de esta investigación se desarrolla bajo una metodología constructivo-interpretativa; la investigación cualitativa consiste en un camino (no lineal) en el cual se analiza y reflexiona sobre la información (tanto leída como del trabajo de campo) de forma constante. Por tal razón, esta metodología no concibe el trabajo de campo como un momento exacto, sino como un proceso en el cual el investigador observa, piensa, reflexiona, cuestiona y discute con los participantes de forma constante y dialógica. Todos estos ires y venires del campo al escri-

torio y viceversa, permiten la construcción de modelos teóricos, que explican este fenómeno en particular, por medio de la inteligibilidad que se le va dando a las construcciones intelectuales del investigador en el curso de la investigación. Sobre esto, González Rey & Mijtáns (2017) plantean que “[...] una teoría solo puede aparecer como un recurso de inteligibilidad sobre el problema estudiado durante la investigación o la práctica profesional, como una construcción, no a priori de los contenidos que integran esta teoría” (p. 38). En este orden de ideas, es en el curso del proceso de investigación que se construye el entramado teórico y estos se tejen con base a las informaciones (tramos de información) del trabajo empírico.

Como se sigue de lo anterior, se puede afirmar que la epistemología cualitativa de Fernando González Rey se inscribe dentro de lo que Guba & Lincoln (2002a) denominaron *investigaciones de los nuevos paradigmas*<sup>21</sup>, refiriéndose a aquellos estudios e investigadores que centran su campo de interés en el “conocimiento social subjetivo e intersubjetivo y la construcción y cocreación activa de dicho conocimiento por parte de agentes humanos” (p. 55). Es por esto que se parte del hecho de que “los sentidos subjetivos y las configuraciones subjetivas deben construirse en la investigación y están legitimados por información que no aparece directamente en las expresiones de los participantes, pero que son esenciales para generar nuevas inteligibilidades teóricas sobre el problema estudiado” (González Rey & Mijtáns, 2017, p. 39. Traducción propia de la autora).

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario declarar que los principios metodológicos del estudio son los mismos que los planteados en la investigación del apartado II. Estos son:

---

<sup>21</sup> De acuerdo a Guba & Lincoln (2002b), los investigadores de los nuevos paradigmas son los teóricos críticos, constructivistas y los investigadores participativos/cooperativos, todos estos distanciándose del positivismo y pospositivismo.

1. Legitimación de lo singular como instancia de producción de conocimiento.
2. La investigación en las ciencias antro-po-sociales como un proceso de comunicación dialógica.
3. La epistemología cualitativa y el carácter constructivo interpretativo del conocimiento.

Bajo la guía de los anteriores principios, la estrategia de investigación del presente estudio es producto de la creación propia de la investigadora, quien a modo de *quilt maker*, como bien lo menciona Becker, “el investigador cualitativo utiliza las herramientas estéticas y materiales de su oficio, y es capaz de desplegar estrategias de toda clase, métodos y materiales empíricos que se encuentren disponibles” (citado por Denzin & Lincoln, 2012, p. 50). De acuerdo a lo anterior, el investigador se sirve de diferentes instrumentos con el fin de obtener del campo información de calidad más que cantidad de información valiéndose de la adopción de principios de la etnografía<sup>22</sup> para la creación de un escenario social de la investigación que permita la introducción al campo y el levantamiento de información que trascienda lo “políticamente correcto<sup>23</sup>”.

A continuación, se presentará lo que González Rey (2010) denomina construcción del escenario social de la investigación, lo cual hace referencia al proceso y estrategias que crea el investigador para propiciar un espacio de confianza con los participantes en el trabajo de campo. Esto es de vital importancia en la medida en que se busca trascender el formato de recolección de datos en un solo momento y

---

<sup>22</sup> En el año de 1993 González Rey discutía sobre el valor de las investigaciones antropológicas en el estudio de los fenómenos sociales por el hecho de develar la dimensión subjetiva en el camino de pretender introducirse en una cultura específica.

<sup>23</sup> Con la expresión “trascender lo políticamente correcto” se hace referencia a superar respuestas automáticas asociadas a los ideales de la época y morales de turno.

se busca el acercamiento a un proceso de levantamiento de la información que implica crear estrategias para levantar, aclarar, analizar, cuestionar y reflexionar la información que será la materia prima de la escritura de los resultados y discusión.

### **Construcción del escenario social de la investigación**

El trabajo de campo se llevó a cabo en el área de hospitalización de la Unidad de Salud Mental de un Hospital Universitario de Cali. A este espacio se asistió en la jornada de la mañana, dos veces por semana desde agosto de 2019 a octubre 2019 y el mes de noviembre se asistió cuatro veces por semana, esto con el fin de hacer un seguimiento más estrecho a los pacientes que pudieran ser participantes del trabajo.

La construcción del escenario social de la investigación, inició meses antes de la inmersión en el área de hospitalización de la Unidad de Salud Mental. El procedimiento de inscribir el proyecto en el Comité de Ética tuvo una duración de seis meses y acarrió dos dificultades: por una parte, implicó sortear un tiempo de espera que daba cuenta del alto volumen de trabajos que debían ser revisados por el Comité y, por el otro lado, el tiempo de espera implicó una discusión epistemológica y metodológica de la forma de hacer investigación desde la psicología y la medicina. Frente a lo primero en mención, es pertinente exponer que sin la participación del médico especialista en psiquiatría (co-investigador) en el proyecto de investigación, probablemente el trabajo se hubiera demorado mucho más tiempo en su tramitación en el Comité de Ética. Alrededor del segundo mes de su revisión por el Comité de Ética, este realiza la solicitud de elaborar una entrevista semiestructurada que diera cuenta de categorías e indicadores. En consenso con el equipo de investigación, se construyó un instrumento y se envió al Comité con el fin de acatar sus solicitudes y no retrasar más tiempo la iniciación en el trabajo de campo.

Como se puede apreciar, la construcción del escenario social de la investigación comienza con el hecho de sortear obstáculos que impedían iniciar el trabajo de campo los cuales fueron removidos con la mediación del médico psiquiatra co-investigador del proyecto quien facilitó la apertura de la USM y con ello la observación participante.

En este punto es pertinente aclarar que, al tratarse de una investigación cualitativa, la flexibilidad ha permitido no forzar las informaciones recogidas en el trabajo de campo a los objetivos previamente establecidos. Es por esta razón que los objetivos establecidos al inicio, se han transformado. Sin perder de vista la esencia del proyecto, la investigación ha hecho un viraje, pasando del interés de indagar sobre la *relación profesionales de la salud- pacientes: algunas consideraciones sobre la atención en salud mental en un Hospital de la ciudad de Cali a cuestionarse sobre las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali*. Este cambio se sustenta en las siguientes razones:

- Pretender abordar la “relación profesionales de la salud- pacientes”, dejaba por fuera personajes de vital importancia inmersos en la sala, tal es el caso de los estudiantes.
- La inmersión en el trabajo de campo dio cuenta que en el día a día de la sala se exponen, en forma de discurso y de acto, subjetividades individuales –propias de cada persona– que convergen en la configuración subjetiva social de la USM. Por esta razón, permitir la apertura al diálogo y emergencia de discursos con relación a la historia de vida, la formación y la experiencia en el campo de la salud mental –y no solamente a la relación profesionales de salud-paciente– llevó a la obtención de valiosa información sobre las dinámicas, procesos, prácticas, representaciones y experiencias del área de hospitalización.

- La dialogicidad entre los procesos subjetivos (subjetividad individual y social), permitió conocer que más allá de la relación entre dos grupos de personas (personal de salud/pacientes), los datos del trabajo de campo mostraron que el comportamiento en la sala está estrechamente relacionado con las formas de concebir-se y pensar-se como individuos y sujetos inmersos en dinámicas hospitalarias. Esto permitió dar cuenta de las formas en que las personas del servicio (profesionales, estudiantes y pacientes) emergen como sujetos críticos y reflexivos frente a un espacio que, desde afuera, pareciera ser rígido por sus directrices y normativas (tanto institucionales como nacionales).

Bajo el nuevo énfasis, la investigación incluyó a todas las personas que se encuentran inmersas en el campo, es decir, el espacio de hospitalización de la Unidad de Salud Mental, en el horario de la mañana durante los días de observación. Con todas estas personas se sostuvieron conversaciones enmarcadas en lo cotidiano del trabajo de campo. Estos son:

**Tabla 3.** Participantes.

Profesionales del servicio	Estudiantes	Pacientes
Médico psiquiatra, enfermeros (tres por cada turno rotativo), una secretaria, enfermera jefa <sup>24</sup> , un médico general, dos psicólogas, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social.	Grupo de entre 3 y 4 estudiantes de último año de Medicina que rotan cada tres semanas.	El cupo total de la sala es de 22.
	Grupo de tres estudiantes de último año de Terapia Ocupacional que rotan cada semestre.	Por lo general el cupo permanece lleno, no obstante, el mes de octubre tuvo semanas con un cupo total de 8 a 10 pacientes <sup>25</sup> .
	Un estudiante de último año de Enfermería que rota cada 3 meses.	
	Una estudiante de Enfermería jefe.	
	Grupo de cinco estudiantes de Psicología que rotan cada año.	

**Fuente:** Elaboración propia (2020).

En el inicio del trabajo de campo, la investigadora fue percibida como una extraña para los participantes (sobre todo por el personal de salud, no tanto por los pacientes), muchos la percibían desde un rol de evaluadora. El apoyo en las actividades de trabajo social permitió que este imaginario fuera cambiando. Además, hubo dos sucesos en particular que permitieron la apertura de la confianza de personal

<sup>24</sup> Durante el tiempo de la observación participante este cargo tuvo considerables cambios. En el primer mes y medio de la observación, la sala contaba con dos enfermeras jefes, una encargada de la atención clínica y la otra de lo administrativo. No obstante, la enfermera encargada de lo clínico salió para después reincorporarse. Una vez esta persona se reincorpora, la jefe encargada del servicio administrativo es retirada de la sala.

<sup>25</sup> El establecimiento y cancelación de convenios con EPS es una cuestión que afecta directamente los cupos de la sala. De igual manera, la ausencia de psiquiatras en consulta externa es una situación que hace descender el número de pacientes hospitalizados. Más adelante, en los resultados, se describirá esto.

hacia ella: primero, se presentó un caso de crisis de angustia en un estudiante de enfermería el cual fue abordado e intervenido por la investigadora por encargo del médico líder del servicio en vista de que no se encontraba la psicóloga de la sala. Este suceso generó confianza por parte del equipo. Segundo, en otro día de trabajo de campo se presentó un robo del bolso de la investigadora dentro de la sala lo cual generó la movilización de recurso humano para recuperarlo lo que creó un espíritu de compañerismo y apoyo con el resto del equipo. Estos dos sucesos permitieron la integración y confianza del personal hacia la investigadora y viceversa. Después de esto, se da inicio a las entrevistas con el personal de salud de la USM.

Ahora bien, con respecto a las estrategias empleadas para conseguir información, se tomó prestado de la etnografía la observación participante (Malinowski, 2013; Guasch, 2002; Angrosino, 2007), escritura de diarios de campo (Creswell, 2005), descripción densa (Geertz, 2003) y la intención de implicarse en el contexto con el fin de lograr un entendimiento de la realidad desde el punto de vista del nativo. En concordancia con lo anterior, el formato primordial de recolección de información fue el diario de campo, de igual manera se realizaron conversaciones espontáneas (con anotaciones en diario de campo), dinámicas conversacionales orientadas bajo ejes temáticos (con grabación y transcripciones) y complementos de frases tanto al personal de salud (profesionales y estudiantes) como a pacientes.

El complemento de frases es un instrumento que permite que el participante escriba lo que piensa y/o siente sobre unos inductores cortos que el investigador ha planteado. Este instrumento, igual que las conversaciones, busca la expresión de las producciones subjetivas de las personas. Por su parte, las conversaciones buscan “la emergencia del sujeto desde un compromiso total con su expresión” (p. 72), partiendo del hecho que todo trecho de información es valioso en tanto es la expresión viva del participante que habla. Sobre las dinámicas conversacionales González Rey (2006), plantea:

La ruptura epistemológica estímulo-respuesta, hace que reivindicemos en nuestra metodología los sistemas conversacionales, los que permiten al investigador descentrarse del lugar central de las preguntas, para integrarse en una dinámica de conversación, que va tomando diversas formas y es responsable por la producción de un tejido de información que implique con naturalidad y autenticidad a los participantes. Los elementos que nos indican la cualidad del clima en que la información aparece, tienen, dentro de esta perspectiva, un valor esencial para juzgar su legitimidad (p. 69).

Las conversaciones bajo ejes temáticos fueron grabadas con la autorización de los participantes. Se consolidaron un total de diez grabaciones de las cuales cinco fueron a pacientes y cinco a personal del servicio. Los criterios de selección de los pacientes se decidieron en discusión con el equipo de trabajo. Estos se basaron en dos criterios del examen mental psiquiátrico: juicio de realidad no comprometido y pensamiento lógico; de igual manera, la edad de estos participantes debía exceder los 18 años. En el grupo del personal de salud, se contó por lo menos con una persona de cada disciplina que tuviese un período mínimo de seis meses en dicho espacio. Estos criterios de selección excluyeron a la trabajadora social y a la jefa de enfermería actual ya que no cumplían los criterios de inclusión (llevaban menos de seis meses en la sala). Junto con el psiquiatra líder de la USM se definió que el consentimiento informado de ingreso al Hospital de los pacientes, podía ser usado como consentimiento informado del presente estudio, esto cobijado bajo el carácter “Universitario” del Hospital, es decir, que todo paciente acepta esta connotación cuando firma el consentimiento de ingreso.

Es pertinente mencionar que tanto el proceso de consolidación de un lugar en el campo, como la creación de estrategias de levantamiento de la información y el análisis de la información por medio de la construcción de categorías y ejes temáticos dan cuenta del carácter constructivo interpretativo de la presente investigación, pues el en-

frentamiento al campo, la discusión de lo ocurrido cada día, el pensar la forma de abordar al personal y la forma de profundizar la información, han sido construcciones llevadas a cabo en el transitar de la investigación.

En resumen, en lo que respecta a la metodología el trabajo se divide en cuatro momentos. Estos son:

1. Formulación del proyecto inicial con base en la revisión de la literatura.
2. Presentación del proyecto en el Hospital y con esto la recepción de sugerencias y ajustes del personal médico y del Comité de Ética del Hospital. Formulación de instrumentos de recolección de datos de manera inicial por sugerencia del Comité de Ética.
3. Construcción del escenario social de la investigación, dentro del espacio de la Unidad de Salud Mental. Simultáneo a esto, se realizaron ajustes de los instrumentos, a saber, rejillas de observación (consignadas en diarios de campo), entrevistas y complemento de frases.
4. Una vez recolectada la información, la fase de escritura de resultados se consolidó. En un primer momento, con base al objetivo de investigación (*describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali*) se delimitaron categorías de análisis que estuvieron presente en la lectura de cada una de las entrevistas y diarios de campo. En la medida que se realizó la lectura de los datos, se identificaron estas categorías iniciales y otras emergentes; estas se crearon en el programa Nvivo como nodos y posteriormente se transformaron en tema que hace referencia a cada uno de los apartados expuestos en los resultados.

**Tabla 4.** Procedimiento de análisis de la información. Identificación, categorías y temas.

Categorías iniciales	Categorías emergentes	Temas
<b>Categoría 1.</b> Producciones subjetivas sobre prácticas institucionales desde el punto de vista del personal de salud	Producciones subjetivas sobre: <b>(1)</b> Normativas locales y nacionales. <b>(2)</b> La precarización en el campo laboral de la salud.	La USM como un espacio micro social de la crisis de la salud colombiana
<b>Categoría 2.</b> Producciones subjetivas sobre la “enfermedad mental”	Producciones subjetivas sobre: <b>(1)</b> La vocación y servicio por el cuidado del otro.	“La enfermedad mental ya no es algo ajeno a uno”: Nuevos sentidos sobre la salud y la enfermedad mental.
<b>Categoría 3.</b> Producciones subjetivas sobre el servicio de hospitalización desde el punto de vista del personal de salud	Producciones subjetivas sobre: <b>(1)</b> El estigma social respecto a la enfermedad mental. <b>(2)</b> El abandono familiar y social como consecuencia de la enfermedad mental.	¿Por qué estoy aquí si yo no estoy loco?: Producciones subjetivas de pacientes asociadas al servicio de hospitalización.

**Fuente:** Elaboración propia (2020).

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados del trabajo investigativo. En este apartado hay tres subtítulos, en los cuales se presenta una primera parte donde se describieron las expresiones de subjetividad

social de los participantes alrededor del proceso de hospitalización; posterior a esto, se aborda la comprensión de los sentidos subjetivos alrededor de la salud/enfermedad mental y los de subjetividad individual alrededor del tratamiento del personal del servicio, y, por último, se describen estas mismas expresiones (sentidos subjetivos y subjetividad individual) en los pacientes. Vale la pena precisar que en el marco del abundante material del trabajo de campo, con el fin de no exceder la extensión del presente documento, se han elegido fragmentos del diario de campo, conversaciones y complementos de frases que dan ejemplo y clarifican el tejido constructivo-interpretativo de las informaciones.

### **Producciones subjetivas emergentes alrededor del servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental**

#### ***La USM como un espacio micro social de la crisis de la salud colombiana***

El sistema de salud colombiano está organizado por niveles de complejidad de atención estructurados y organizados de manera piramidal en cuya base se atienden los casos básicos y en la medida en que se acerca al vértice se atienden los casos de mayor complejidad. Dentro de estos niveles de atención, el Hospital en el cual se encuentra la Unidad de Salud Mental, escenario del presente estudio, se inscribe en los niveles II y III. Estos hacen referencia a atención ambulatoria, de hospitalización especializada y de resolución de problemas de alta complejidad.

El hospital público en Colombia es una Empresa Social del Estado (ESE) prestadora de Servicios de Salud. Con la Ley 100 de 1993 se convierten “... los hospitales públicos en entes administrativos descentralizados con autonomía financiera y patrimonio propio” (López, Urrea & Navarro, 2006, p.93). Adicionalmente, con esta Ley se cambió la forma de financiación hospitalaria, ya que se pasó de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda. Esto quiere decir que en lugar de

financiar la oferta de servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas (subsidio a la oferta), se comenzó a financiar a entidades privadas (Entidades Promotoras de Salud, EPS) para que administrasen los recursos públicos de la salud en un modelo de intermediación financiera. Este nuevo modelo se correspondió con las necesidades del modelo neoliberal en salud que profundizó la privatización de la salud y en un principio diferenció el acceso a los servicios de salud de la población de acuerdo a la capacidad de pago. Además, las EPS obtenían mayores réditos en el ejercicio de la administración en salud en la medida en que negaran prestación de servicios a los pacientes.

La transformación de un hospital público a una institución prestadora de servicios trajo consigo la exigencia de la autosostenibilidad. Con la Ley 100 de 1993, muchos hospitales del país cayeron en la clasificación de *situación financiera con riesgo medio o alto*. De acuerdo a la reforma de la Ley 100 mediante la Ley 1438 de 2011, toda ESE categorizada en riesgo medio o alto debería someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Por esta razón, en el año 2014 el Hospital del presente estudio se vio compelido a adoptar y ejecutar dicho Programa, no obstante un año después este no mostró los resultados esperados y el pasivo del Hospital se incrementó de una forma significativa hasta tal punto de sumirlo en una grave crisis financiera que condujo al cierre de muchos servicios. Así entonces, en el año 2016 se inicia un proceso de restructuración de pasivos –cobijada bajo la Ley 550 de 1999<sup>26</sup>– en el cual se autoriza a la Gerencia iniciar y culminar acciones encaminadas a enderezar acciones presupuestales de la ESE. Una de las acciones tomadas dentro de este Programa de Saneamiento Fiscal que más repercutió en el equipo de trabajo de la USM del presente trabajo estribó en la reducción de la planta del personal con el objetivo de reducir gastos y costos, acción tomada en el tercer trimestre del año 2016.

---

<sup>26</sup> Ley conocida como Insolvencia Económica.

Siguiendo los planteamientos teóricos de González Rey, se puede decir que las dinámicas histórico-contextuales de la crisis en el sector salud a nivel nacional alimentan la subjetividad individual la cual emerge en la subjetividad social presente en la USM. En cercanía de los planteamientos de González Rey (2015), Roudinesco (2005) y Braunstein (2013) también han realizado críticas a las exigencias externas nacionales e internacionales que recaen sobre los espacios de hospitalización psiquiátrica.

Todo el contexto anterior se plantea debido que, al iniciar el trabajo de campo las conversaciones con el personal del servicio de la USM giraron, en su mayoría, a este hecho. Dentro de sus relatos y expresiones se conoció cierta molestia que daba cuenta de la percepción de un “sistema de salud que mercantiliza la vida”. Es por esta razón que, este fue un tema que se ahondó en las conversaciones; respecto a esto dos participantes exponen:

**Doctora:** Estoy cansada de una EPS que no autoriza nada. Hay una paciente que lleva en el Hospital 45 días y esta EPS no autoriza nada.

**Investigadora:** ¿Y eso no le sale más costoso a la EPS?

**Doctora:** Se supone que sí. Pero como ellos se declararon en bancarrota, ellos no sienten la obligación de pagar. Entonces les da igual que la paciente esté aquí y que pasen los días. (Comunicación personal, diario de campo, agosto 22 de 2019).

**Las EPS y el sistema de salud:** Son unos empresarios que negocian la vida de las personas que aportan a ellas. (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

**Lo que más me agota es:** la falta de recursos en un sistema de salud que no cubre las necesidades del ser humano (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

En la conversación sostenida y en el complemento de frases expuesto, algunos participantes manifestaron condiciones de “agotamiento” con relación al trabajo en el servicio de hospitalización y también desconcierto y cuestionamientos sobre el deterioro de la salud de los ciudadanos por cuenta del modelo de intermediación financiera. Esto se puede observar cuando la doctora expresa que está “cansada de una EPS”, en un día donde se notaba su agotamiento y angustia en su rostro; y, cuando la terapeuta relaciona el agotamiento del trabajo con el sistema de salud y esto a su vez con “negociar la vida”.

Expresiones como las anteriores llevaron a indagar más sobre la Ley de la salud en Colombia con el fin de comprender aquellas cuestiones normativas que también hacen parte de la subjetividad social de la hospitalización en la USM. Con relación a esto, se considera que los discursos del personal del servicio de salud mencionados dan cuenta de desdoblamientos de la Ley 100 dictada en 1993 y de la crisis del Hospital del año 2016, que no debemos olvidar fue producto –tardía– de la apertura neoliberal del sistema de salud colombiano. A su vez, los fragmentos expuestos, permiten mostrar que la situación de la re-estructuración, según los entrevistados, es percibida de manera latente y se hace viva en la USM.

En la medida en que se conversaba, en la cotidianidad de la USM, sobre el Programa de Reestructuración del Hospital, salieron a flote expresiones que daban cuenta de la molestia que les causa, a algunos participantes, las contrataciones realizadas por medio de contratos por prestación de servicios (conocidos como contratos por OPS) ejecutados por cooperativas que tercerizan el trabajo (fenómeno de tercerización laboral). De esto se colige que la subjetividad social en la USM atraviesa las producciones subjetivas a partir de la emergencia de sentidos alrededor de la incertidumbre laboral. Sobre esto, una de las psicólogas expresa lo siguiente:

Aquí vemos que el día de mañana nos pueden despedir. Eso así no tiene sentido. Imagínate que hace un tiempo como tres años, en el Hospital

eran como 900 trabajadores nombrados. Ahora, si mucho, hay 100. De aquí de la sala son pocos, el Doctor Líder que se jubila en diciembre y el vigilante de consulta externa que también ya está que se jubila. A los demás, en cualquier momento nos pueden sacar. Todo el resto, estamos por agremiación (Comunicación personal, diario de campo, agosto 15 de 2019).

En el fragmento anterior, la participante manifiesta un sinsentido frente a su trabajo relacionado con la posibilidad de ser despedida en cualquier momento. Por lo tanto, la situación de crisis del Hospital es una cuestión que está presente de alguna manera en la organización subjetiva del personal de salud en el sitio de trabajo desde la incertidumbre laboral. Hasta aquí se puede decir, con base en los fragmentos del diario de campo expuesto, que, tanto la crisis de la salud como los despidos masivos (situación que afectó al personal directamente) se expresan subjetivamente en el personal de salud mediante sentimientos de incertidumbre y molestia ante la amenaza latente de ser despedido en cualquier momento.

A pesar del panorama anterior, en el cual el personal del servicio de la USM se organiza subjetivamente desde lo incierto, también se observa en las conversaciones sostenidas en la cotidianidad, que el discurso crítico frente al sistema de salud de los trabajadores nombrados en cargos públicos, es acompañado por manifestaciones de resistencia política, camaradería y solidaridad. Aquí un ejemplo:

Aquí, en el 2016 nos despidieron a muchos. Muchos de los que estábamos nombrados y pensábamos teníamos el trabajo fijo por ser contratación con el Estado. Nosotros, la mayoría, nos juntamos e hicimos una carta a la Comisión Nacional de Servicio Civil, comunicando lo que estaba pasando y solicitando apoyo. La respuesta fue que no nos podían despedir, entonces nosotros hicimos una petición al Gerente del Hospital, pero él creía que el despido masivo se podía hacer así porque sí. Pues imagínese que después de casi un año sin trabajar, teniendo las deudas a tope, debiendo servicios y pidiendo prestado para comer, nos llama de nuevo el mismo Gerente, a reincorporarnos al trabajo. El Gerente se dio cuenta

que despedir a los nombrados no era algo fácil, y menos cuando estamos a puertas de jubilarnos. Ahora, nosotros tenemos a favor una demanda al Hospital por el obrar de ese señor en su momento (Comunicación personal, diario de campo, octubre 31 de 2019).

En el fragmento anterior, la participante expresa la solidaridad y organización entre compañeros con el fin de solicitar sus derechos laborales como empleados públicos nombrados. Teniendo esto como referencia, se puede plantear que este suceso jurídico que emprendieron, como respuesta a los despidos masivos, afianzó vínculos entre compañeros trabajadores y, de cierta manera, el compromiso con el trabajo en el Hospital.

Todo lo anterior, fue mostrando un vínculo emocional que el personal de salud de la USM ha establecido con este espacio. Las conversaciones fueron mostrando que para muchos de ellos, el Hospital significa la única fuente posible de empleo y para algunos de ellos, la única experiencia en el campo laboral. Por tal razón, desistir de sus trabajos, significaba renunciar, en gran medida, a lo que habían construido hasta el momento en el plano de lo laboral y profesional. Sobre esto, durante la cotidianidad se expresaron manifestaciones como la siguiente:

Pensar en no volver aquí nunca fue una opción para mí. Este Hospital me lo ha dado todo. Lo público me lo ha dado todo. Yo soy graduada de Administración de Empresas de la Universidad del Valle y al graduarme inicié mi trabajo aquí. Pensar en salirme de lo público nunca ha sido una opción para mí, cuando esto es lo que me lo ha dado todo (Comunicación personal, diario de campo, octubre 31 de 2019).

En lo anterior, las palabras de la participante dan cuenta de su manifestación respecto al compromiso con la institución desde un vínculo tejido a nivel personal con el sector público, esto da cuenta de sentidos subjetivos respecto al sitio de trabajo el cual es atravesado, desde el componente vocacional. A su vez, siguiendo a González Rey (2002, 2007), podemos decir que la configuración subjetiva del trabajo

se organiza con relación a una historia de vida y procesos de identidad donde el estudio y el trabajo en lo público, en este caso, sirven como movilizador de recursos para buscar la forma continuar siendo empleados por el hospital.

Es importante destacar aquí, a propósito del compromiso con el Hospital y el trabajo en la USM, lo conversado cuando se discutía sobre el equipo terapéutico el cual tiene que liderar. El Doctor en la dinámica conversacional expresa:

Se han dado manifestaciones de mucho amor a la Unidad hace unos años los sacaron a ellos porque sacaron a todo mundo que tuviera por contrato, me quedaba con un auxiliar no más, y todo el equipo se me acercó. Me dijeron “Doctor ayúdenos con el pasaje y nosotros venimos y trabajamos. Estuvieron trabajando como tres días sin recompensa”, y eso es básicamente compromiso y el compromiso lo da el respeto que se les tiene a ellos y el amor por lo que hacen (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

El médico con sus palabras manifiesta un alto grado de solidaridad y compromiso con el personal de enfermería en los momentos de los despidos masivos del Hospital. Los últimos dos fragmentos, uno del diario de campo y el otro de una dinámica conversacional con el doctor líder de la sala, muestran expresiones sobre el compromiso, amor y vocación que se han consolidado en el marco del trabajo en esta USM y del trabajo con la salud mental.

Con las condiciones de trabajo expresadas hasta el momento, se puede decir de acuerdo a lo observado en el trabajo de campo, que el “compromiso”, “amor” y “vocación”, entre otros sentidos subjetivos, coexisten con las exigencias de rentabilidad que le hace la administración del hospital a la USM. Esta situación contrasta con las posturas de vocación frente a lo clínico-asistencial, y se relaciona con la delimitación de “Institución Prestadora de Servicios” que

genera profesionales preocupados por demostrar indicadores que demuestren la solvencia económica. Respecto a esto, en una conversación que pretendía buscar estrategias para generar ingresos a la USM, se discutió:

**Profesional administrativa:** Hay que mover la consulta externa de la USM.

**Profesional clínica:** Yo estoy moviendo todo en hospitalización. Ya coordiné con los estudiantes para hacer sesiones grupales con los pacientes y ya estamos imprimiendo publicidad y repartiéndola en el Hospital. Mejor dicho, no es sino que usted me dé la orden que yo tengo al equipo armado para eso.

**Doctor:** Sí, es necesario. Tenemos que crear estrategias para atraer personas y más ahora que varias EPS han cancelado el servicio con nosotros. Las sesiones grupales es una buena idea. (Comunicación personal, diario de campo, agosto 20 de 2019).

La conversación sostenida por los trabajadores expone estrategias empleadas para cumplir con las exigencias administrativas del Hospital. De acuerdo con esto, y a las observaciones en el trabajo de campo, se pudo distinguir que en el contexto de la sala los empleados implicados directamente en el reporte de indicadores que demuestren solvencia económica de la USM, asumen la USM como una unidad prestadora de servicios tal como se declara deben ser los hospitales públicos conforme a la Ley 100 de 1993. Los profesionales preocupados por dar cuenta a esta directriz de ofrecer servicios para facturar y lograr solvencia económica de la USM, actúan en muchas ocasiones, conforme a la lógica administrativa, que cumple a su vez con discursos neoliberales alrededor de la salud (Ley 100 de 1993). Sin pretender elaborar juicios de valor, más bien basándonos en lo observado en el trabajo de campo, se aprecia que mientras una parte de este equipo de trabajo se preocupa por la atención y el cuidado de los pacientes,

otros se preocupan por generar estrategias administrativas que permitan atraer clientes a la USM. No obstante, las exigencias administrativas, de facturar y vender los servicios de la salud, causan tensión en el personal a tal punto de crear malestar dentro del equipo de trabajo y/o suscitar el deseo de renuncia del personal.

Al conversar la exigencia de la solvencia económica exigida a la USM por parte del Hospital con el personal médico de esta sala de hospitalización (médicos generales, médicos especialistas, médicos internos y médicos residentes), ellos expresan, con cierto descontento, la imposibilidad de poder cumplir con esta exigencia. Sobre esto expresan que difícilmente las especialidades médicas clínicas (la psiquiatría es una de ellas) logran adquirir elevadas cifras de “facturación”, caso contrario le sucede a las especialidades quirúrgicas.

Resulta evidente que trabajar sobre la base del solo interés de incrementar indicadores produce tensiones que generan malestares personales en el sitio de trabajo. Tal es el caso de la renuncia de dos médicos de consulta externa y la re-ubicación de una jefe de enfermería. Todos estos, presionados por la solvencia económica de la USM, y de acuerdo a compañeros de la sala, “no lograron vivir la sala como un espacio ameno pues las preocupaciones de facturar atravesaban su quehacer”.

Para concluir este apartado, vale la pena mencionar que pese a las manifestaciones de “agotamiento” y de “incertidumbre laboral” presente en la USM, estas tensiones en el orden de lo laboral, no se ven reflejadas en la percepción del servicio ofrecido a los pacientes. Ejemplo de esto son los siguientes complementos de frases sobre “El personal de salud que atiende”, del cual dieron cuenta los participantes:

**El personal de salud que atiende:** 1A. No he tenido problema. A veces hablan mal del Hospital pero eso es mentira (Complemento de frases, P1, noviembre 5 de 2019).

**El personal de salud que atiende:** Ha sido muy profesional y me ha ayudado en lo que he necesitado (Complemento de frases, P2, noviembre 6 de 2019).

**El personal de salud que atiende:** Buenas personas, con vocación (Complemento de frases P3, noviembre 14 de 2019).

**El personal de salud que atiende:** Excelente, 1A. Entre esos el enfermero que me quiso ver diferente y fue mi barbero. (Complemento de frases, P4, noviembre 19 de 2019).

**El personal de salud que atiende:** Todos muy atentos, prestos siempre a ayudar (Complemento de frases, P5, noviembre 6 de 2019).

De acuerdo a estos complementos de frases de los pacientes, ellos atribuyen al servicio que reciben del personal sentidos subjetivos alrededor de la vocación y profesionalismo, entre otros. Con esto se expone que la valoración, de estos pacientes, respecto al servicio es positiva y esto se relaciona con el hecho de que el personal del servicio organiza de forma particular las producciones subjetivas alrededor de la crisis hospitalaria, de tal forma que blindan a los pacientes de todo lo que ocurre alrededor de las cuestiones administrativas.

### **“La enfermedad mental ya no es algo ajeno a uno”: Nuevos sentidos sobre la salud y la enfermedad mental**

Pese al panorama anterior, cargado en gran medida de aspectos que generan agotamiento en el personal, es necesario resaltar que existen manifestaciones de “compromiso”, “amor” y “gratitud” frente al trabajo con la hospitalización en la USM, las cuales emergen en el personal de salud a pesar de las dificultades con las que se encuentran. Estas son sobre el trabajo en el servicio de hospitalización de la USM y se organizan de acuerdo a las historias de vida de cada persona, historias que reconocen el trabajo, la salud, la salud/ enfermedad mental y lo público desde diferentes perspectivas (González Rey, 2015).

En el transcurso del trabajo de campo, durante las observaciones y conversaciones realizadas, se identificó que los recuerdos sobre la inserción en el campo laboral de la salud mental, cobraban importancia cuando se indagaba sobre el trabajo en la hospitalización de la USM. Las primeras experiencias en el trabajo (que resultaron ser en la misma USM), fueron significativas, a nivel emocional para la mayoría de las personas del personal del servicio de salud. El ingreso laboral al sector Salud y específicamente en el área de la Salud Mental se produjo de maneras diferentes en cada uno de los trabajadores de la USM; no obstante, este espacio de hospitalización abrió las puertas al trabajo con la salud mental para la mayoría de ellos; unas puertas que ellos decidieron mantener abiertas en el momento en que decidieron, y deciden cada día en el presente, continuar el trabajo en la USM. Un ejemplo de esto es el caso de un enfermero y terapeuta de la sala. Estos, discuten sobre su inicio en el trabajo con la salud mental lo siguiente:

**Enfermero:** cuando yo hice los tres meses ahí, la jefa me ofreció, dijo que me quedara ahí. Yo creo que ella vio mi interés y gusto por lo que hacía. No me quede por lo del sueldo, porque me pagaban seis meses después de entrar, al séptimo mes, yo tenía que esperar para ver reflejado mi primer sueldo. Por esa época, otro compañero me ofreció un trabajo que de hecho era también una unidad de salud mental y como eso me gustó, fui de una, sin pensarlo (Dinámica conversacional, enfermero, noviembre 12 de 2019).

**Terapeuta:** Cuando yo era estudiante de terapia hice mi práctica por acá por este espacio. Me parecía un espacio horrible. Horrible porque en ese tiempo nosotros como estudiantes no teníamos que participar de la revista, no éramos tenidos en cuenta, simplemente llegábamos a encerrarnos en este espacio porque ni siquiera podíamos salir a los pasillos, ni a tener acceso a las historias clínicas. Para nosotros poder acceder a las historias clínicas nos tocaba hacer un protocolo e ir hasta allá a leerlas, pero no nos permitían con facilidad. De hecho, no teníamos contacto directo

con el paciente ni siquiera con los profesionales. Y, fuera de eso, había un olor muy característico. Un olor a orines. Era muy bonito el espacio, era mucho más bonito que ahora, pero yo siento que era muy frío el manejo con el equipo, con los pacientes entonces yo pasé por aquí y dije “Jamás” (Dinámica conversacional, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

En lo conversado con los participantes, estos manifestaron vivir la experiencia de la práctica de formación –como requisito de grado– en la misma USM en la que laboran hoy en día y aunque sus discursos son diferentes, estas experiencias permitieron el inicio de un camino lleno de conocimientos que se van construyendo y nutriendo a lo largo del tránsito en diferentes espacios sociales. Sobre su práctica de pregrado menciona el enfermero, connotaciones de “interés” y “gusto” por el trabajo en la USM, y la terapeuta connotaciones percibidas como “negativas”. De acuerdo a esto, se infiere que el personal que ha sido formado en el pregrado<sup>27</sup>, con prácticas en la USM, tiende a consolidar un sentido de pertenencia con su trabajo, el cual se moviliza desde el plano de lo emocional. De igual manera, se puede observar en el fragmento del enfermero que su vinculación en la USM en el pregrado fue aquello que le permitió proyectarse en ese campo de la salud para su posterior empleabilidad. Por lo tanto, para estas personas la USM significó el escenario que hizo posible su formación como profesionales.

En la medida en que se conversaba sobre este tema, con el personal del servicio de salud, se empezaron a levantar indicadores alrededor de las posibles transformaciones alrededor de la forma de percibir y entender la salud y enfermedad mental que permitió el hecho de trabajar en la USM. Verse inmersos en el trabajo con la salud y la enfermedad mental diariamente, ha permitido a los participantes consolidar conocimientos y cuestionar prejuicios que los llevan a abordar

---

<sup>27</sup> Se plantea “pregrado” con el fin de referirse, también, a carreras técnicas o tecnológicas.

la hospitalización psiquiátrica por fuera de las expresiones de exclusión, estigmatizantes. Sobre esto, la terapeuta menciona en el marco de la dinámica conversacional lo siguiente:

**Terapeuta:** Al inicio cuando yo empecé, en mi primer trabajo, cuando yo empecé a leer de todo, yo decía “juemadre yo tengo esto y esto también y esto también”. Entonces concluí que en la medida en que uno tenga algo de acá, de acá y de acá, supuestamente tiene salud mental (Dinámica conversacional, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

Llama la atención que al inicio de la carrera laboral, en el campo de la salud mental, la terapeuta asumía, con cierto temor, conocer que varios de sus comportamientos obedecían a criterios de diagnósticos. No obstante, también da cuenta de un cambio de posición frente a ello, pues el hecho de compartir características diagnósticas ya no significa para ella una cuestión que resulte preocupante. Hasta el momento, lo discutido indica que esta USM se convierte en un espacio transformador donde se organizan nuevas producciones y sentidos subjetivos alrededor de la salud y la enfermedad mental, que permiten pasar desde una mirada estigmatizante de la salud mental a una mirada que permite la suspensión de prejuicios.

Como se viene discutiendo, la USM como espacio que permite la organización de nuevas producciones subjetivas alrededor de la salud y enfermedad mental, fue tema de varias conversaciones durante el trabajo de campo. De acuerdo a esto, se puede plantear que la formación en salud mental atraviesa el componente simbólico-emocional de representar, vivir y ofrecer un servicio para la salud y la enfermedad mental; la experiencia de trabajar con ello permite construir y movilizar pensamientos y características estigmatizantes de la salud mental. Sobre esto mismo, uno de los estudiantes menciona su cambio de percepción frente a la salud mental en el siguiente fragmento de la dinámica conversacional:

**Estudiante:** uno también tiene un concepto totalmente errado de un paciente psiquiátrico, y me pasó muchísimo... yo tenía un concepto totalmente distinto, en cuanto yo creía que un paciente psiquiátrico era de los típicos digamos, como muchas veces en las películas que mantienen alucinados, que mantienen con delirios ¿sí?, y pasaba mucho... aquí me di cuenta que no, un paciente psiquiátrico incluso puede tener hasta más introspección y hasta más autorreflexión que una persona normal. Normal entre comillas digámoslo así, que no tiene un trastorno mental pues de base como tal, y muchas veces lo que necesitan es digámoslo así, es simplemente ser escuchados, y lo coloqué también, que... que son pacientes que también tienen mucho en su esfera psicológica y en su esfera de lo emocional como tal (Dinámica conversacional, estudiante, noviembre 7 de 2019).

El estudiante menciona que antes de ingresar a su práctica en la USM imaginaba a pacientes “alucinados”, no obstante, al igual que lo discutido por la terapeuta líneas atrás, esto fue transformándose en la medida en que desarrollaba su trabajo. El tiempo transitado en la USM le permitió conocer todas las posibilidades terapéuticas (introspección y autorreflexión) que los pacientes pueden desenvolver en la sala y con esto re-organizar subjetivamente lo que es la salud y enfermedad mental y el trabajo con ello.

Sumado a lo anterior, sobre la transformación en la forma de concebir la salud mental y su relación con el hecho de trabajar diariamente con ello, una de las psicólogas menciona que cuando le ofrecieron el espacio de trabajar en la USM lo primero que pensó fue que eso “era para locos. Yo por allá no entro”. Tanto la psicóloga como otros miembros del personal de salud expresaron, en los complementos de frases, formas de concebir la salud mental desde sentidos que se alejan del estigma. Aquí algunos ejemplos:

**La Salud Mental:** Es un hilo muy delgado que en cualquier momento se puede romper (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

**La Salud Mental:** Es una problemática a nivel mundial, que nos está afectando de manera directa y requiere ser tomada en cuenta desde todas las esferas (Complemento de frases, psicóloga, noviembre 8 de 2019).

Los complementos de frases anteriormente descritos, como también los fragmentos de dinámicas conversacionales ya expuestos, son expresiones de la subjetividad que permiten dar cuenta que la forma de producir sentido sobre la salud y enfermedad mental, se transforma en la medida en que se interactúa en espacios sociales que permitan conocer las dinámicas desarrolladas en el cuidado de las mismas. En un principio el temor e incertidumbre inunda la mirada hacia los pacientes psiquiátricos, pero con el tiempo y el diálogo e interacción en diferentes espacios, esta visión cambia y allana el camino para considerar, reflexionar y pensar la salud, enfermedad mental y la “locura como un aspecto del cual todos tenemos un poco” (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019). Tal es el caso, que el personal de la USM concibe la salud mental como algo en lo cual cualquier persona se puede ver afectada en cualquier momento. Con lo anterior, se expresa que el personal de la USM, en sus expresiones que dan cuenta de su subjetividad individual, expone producciones subjetivas que son el entretejido en los múltiples espacios sociales por los cuales han transitado.

Lo expuesto hasta aquí indica que las expresiones estigmatizantes respecto a la salud y enfermedad mental –propias de la sociedad, en general– han sido transformadas en la medida en que se trabaja y se comparten experiencias de vida con la enfermedad mental o las crisis psiquiátricas. Dentro de estas experiencias de vida pese a que la USM se convierte en un espacio de producción de nuevos sentidos, de

acuerdo a la presencia en las dinámicas cotidianas de la USM, se pudo observar que hay situaciones en las cuales confluyen expresiones estigmatizantes por parte del personal del servicio; estas suceden en gran medida en forma de bromas y burlas en la actividad de la revista médica. De acuerdo a la dinámica conversacional con el doctor líder de la sala, todo indica que hay una intencionalidad de permitirse la broma sobre la enfermedad mental en el espacio de revista. Este participante menciona:

**Doctor:** El trabajo con pacientes con enfermedad mental es tensionante, es doloroso, enfrentarnos el saber que no podemos hacer nada, eso es mucho más doloroso. Para el equipo médico es frustrante. Enfrentarse a una serie de limitaciones administrativas que tenemos, o algunos excesos administrativos, algo del personal, es mucho más tenaz. Y a veces las revistas eran tensionantes. Por eso empecé, hago bromas con el personal, en estos días a la trabajadora social le dije entre comillas que matará a ese tipo. Ella sólo me contestó “no doctor, no puedo hacer una cosa de esas”, ella casi entra en pánico. Yo pienso que la risa es una herramienta terapéutica, y un equipo que trabaja con salud mental, a pacientes tan enfermos que llegamos a momentos donde podemos hacer bromas, que pienso que nos permite, distensionarnos. Entonces la revista la empleo para eso, como elemento terapéutico. (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

Las palabras del médico dan cuenta de la broma en la revista médica como una posibilidad de contrarrestar la “tensión”, el “dolor” y la “frustración” que co-existe en el trabajo con la salud y enfermedad mental. En este espacio, salen a flote expresiones estigmatizantes en forma de broma con relación a las dificultades que se tienen con las limitaciones terapéuticas para el tratamiento de ciertas personas hospitalizadas por crisis psiquiátricas. Este mismo fragmento de la conversación muestra la broma como mecanismo de catarsis que promueve un servicio basado en el respeto, tal es el caso que el par-

ticipante menciona: “prefiero que los comentarios fuertes se digan en revista que frente a un paciente. En revista, yo puedo corregir de manera respetuosa”. Esto permite plantear que la promoción del respeto y el liderazgo del médico son dos cuestiones que también están presentes en la subjetividad social de la USM.

Por otro lado, y con relación a lo discutido en el marco de antecedentes expuesto al inicio del artículo, se puede afirmar que el tratamiento empleado para el abordaje de la salud mental se relaciona con la disciplina desde la cual cada persona se desempeña. De acuerdo a los participantes, cada profesión trae consigo una forma de ofrecer un tratamiento que se relaciona con diferentes maneras de concebir a las personas diagnosticadas (pacientes); un ejemplo de esto se encuentra cuando el profesional en terapia ocupacional plantea que su objetivo terapéutico se centra en lograr la funcionalidad del paciente, sin importar qué diagnóstico tenga; desde la psiquiatría el objetivo terapéutico se centra en el motivo de consulta que, por lo general, está relacionado con un trastorno severo del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico que pone en riesgo la vida del paciente o la integridad física de otras personas que conviven con el paciente.

En la medida en que se compartían los espacios de intervención con los enfermeros, terapeutas, médicos y psicólogos, fue posible observar que el tratamiento ofrecido por cada persona del servicio de la USM se relaciona con una historia de vida –basada en la formación y vivencia de experiencias singulares para cada participante–, con la forma de consolidar y ofrecer un tratamiento. Respecto a esto, el médico líder de la sala discute:

Cuando dicto un tratamiento debo olvidarme de mi yo personal y enfocarme única y exclusivamente en las necesidades que tiene mi paciente. Debo bloquear mis emociones... Yo pienso que tendríamos que despojarnos y pensar: ¿Qué es lo que es mejor para el paciente? Yo tengo que llegar a poder entender un poco qué es lo

que los pacientes necesitan... el paciente es el que permite darme cuenta qué es lo mejor para él, y qué herramientas tiene, y es lo que yo busco: lograr que mi paciente viva mejor sin hacerle daño a nadie, sin hacerse daño a él, así las herramientas que él utilice sean para mi forma de ver “perversas”, en eso nada tengo que ver como persona. Entonces el enfoque es lo que el paciente necesita, cuando tú como terapeuta lo logres ver, vas a poder ayudar a ese paciente, porque no necesariamente lo que es mejor para uno como terapeuta es lo mejor para el paciente, yo pienso que en esto me ha ayudado la practicidad médica, pues por medio de esta propongo un objetivo terapéutico al inicio y me dispongo a cumplirlo (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

Las palabras del médico exponen puntos significativos sobre el tratamiento en la USM. Por una parte, la importancia de orientar el objetivo terapéutico hacia la necesidad del paciente, y por otra parte, desarrollar el tratamiento desde la practicidad médica. Estas dos cuestiones se relacionan en la medida en que la practicidad médica es lo que le permite concentrar la atención y conocimiento en la necesidad propia del paciente y no en aquella que el profesional considera debería ser la necesidad del tratamiento en la hospitalización.

Durante el trabajo de campo, fue evidente el valor que cobra la actividad de la revista médica. Este espacio junto con el de la entrega de turno de enfermería inicia el día en la USM. Resulta importante destacar que la revista médica es el espacio donde se reúnen y dialogan todas las profesiones que hacen parte del servicio de hospitalización de la USM. Debido a la importancia de esta actividad, esto fue un tema que no se pasó por alto durante las conversaciones sostenidas con el líder de la sala. Sobre esto, menciona lo siguiente:

**Doctor:** Uno de los motivos de hacer la revista diaria, porque cuando yo llegué aquí se hacía dos veces a la semana, era que cuando me reunía con el equipo ya mi equipo había intervenido y hubo situa-

ciones en las que dije que no podía intervenir de esa manera. La única manera que yo vi, que pudiéramos tener un direccionamiento, en función de las necesidades del paciente, es en el día a día. El día a día me permite decirle a la Doctora, “doctora no le hable tan duro al paciente”, en muchas ocasiones me encuentro con que me responden “es que le estoy hablando bien”, entonces respetuosamente contestó: “ese es tu modo de ver y ser, pero el paciente no lo entiende así”. Este espacio también me permite recordarle al equipo que estamos al servicio de la necesidad del paciente, no de una necesidad que suponemos debería ser la del paciente (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

Con lo expresado en el fragmento anterior, se observa que el doctor líder de la sala implementó la revista médica de forma diaria como estrategia de conocer las diferentes formas en que el personal del servicio da un tratamiento a los pacientes, y con ello conocer la necesidad desde la cual se está realizando la intervención. Este espacio también lo utiliza para direccionar el tratamiento, siempre en función de las necesidades del paciente; con esto nos permite plantear que la psiquiatría es la disciplina que orienta toda intervención en el marco del tratamiento ofrecido por el servicio de hospitalización de la USM.

El tema sobre las diferentes formas en que el personal del servicio de la USM ofrece un tratamiento en el marco de la hospitalización se abordó desde varias perspectivas. Como se ha venido desarrollando, las conversaciones con el doctor líder del equipo y las observaciones cotidianas fueron fundamentales para ello. Además de lo anterior, fue importante indagar el tema de la interdisciplinariedad con los participantes. Cuando se indagó esto en las conversaciones, la gran mayoría de los participantes mencionó que “siempre hay un lugar para cada discurso, para cada profesión», no obstante en conversaciones con estudiantes quedan al descubierto lecturas que hacen notar que es la medicina la profesión que decide qué hacer o no con cada paciente. En una conversación con estudiantes, estos plantearon:

**Diana:** ¿Viste lo que le pasó a la psicóloga hoy en revista?

**Claudia:** ¡Uy sí! Que ella dio toda la historia de vida de un paciente, y dio mil explicaciones y cosas y lo único que se preguntó después de eso fue “¿Con qué medicamento esta?” (Comunicación personal, diario de campo, septiembre 17 de 2019).

La conversación de las estudiantes da cuenta, como se ha venido mencionando, pese a que es desde el discurso, que los profesionales expresan que toda disciplina tiene cabida en la discusión de los pacientes en la revista, las acciones observadas en el trabajo de campo, demuestran lo contrario. Con esto se expone que la discusión en la revista médica se basa en un tratamiento médico. No obstante, todo indica que los procesos de intervención se realizan de forma individual, desde cada profesión se construye un espacio terapéutico basado en sus propios lineamientos. Sin embargo, parece que es por esta primacía de la psiquiatría que las notas en el sistema se describen desde la psicología a manera de “seguimiento” por medio del S.O.A.P (subjetivo, objetivo, análisis y plan de manejo), donde lo subjetivo y objetivo corresponden a apartados del examen mental psiquiátrico.

### **¿Por qué estoy aquí si yo no estoy loco?: Producciones subjetivas de pacientes asociadas al servicio de hospitalización**

Los pacientes, en el momento del ingreso a la hospitalización en la USM, asocian de manera casi refleja, este espacio con el cuidado psiquiátrico y seguidamente con “la locura”. Pensamientos expresados en los diálogos como: “yo no estoy loco” fueron las primeras expresiones en el momento del ingreso al servicio de hospitalización. Los participantes, describen que, imaginaban encontrar en la USM un espacio “lleno de locos”, lo cual significa “personas llevadas por los medicamentos” (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019) y personas a las cuales ignoran en tanto “yo siento que a los locos se les

ignora” (Dinámica conversacional, P2, noviembre 6 de 2019). De igual manera, algunos de ellos mencionaron sentir “temor” cuando se les anunció el ingreso, un temor que discutía con la expectativa de lo que fuera a ocurrir y con la necesidad de ser atendido, el P1 menciona respecto a esto: “tenía miedo, pero dije que iba a ver porque de pronto me ayuda” (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019). En este orden de ideas, la asociación de hospitalización psiquiátrica con locura es una cuestión que se pone en el plano de las conversaciones con los participantes, un ejemplo se expone a continuación:

**Investigadora:** Cuéntame la historia de cómo llegas a la USM, ¿quién tomó la decisión? ¿Cómo fue ese llegar aquí?

**P3:** Bueno, primero que todo, mi familia. Lo que ha sido el mes de octubre y este mes no ha sido fácil para mí. Mi hermana fue diagnosticada esquizofrénica paranoica. En este momento está en la casa, pero ha sido muy duro para toda mi familia. Ella de un momento a otro empezó a leer la Biblia y a ser demasiado extremista con las cosas que hace. Empieza a juzgar a los demás. Ella tiene 22 años, es auxiliar de cocina. Ella estaba trabajando, dejó el trabajo. También terminé con mi pareja, después de eso hubo un problema con unos amigos. Resulta que yo tuve un tipo de depresión que yo me tiré a la calle dos meses, sin hacer nada. Sin trabajar también. Pero pues, yo no estoy loco, sino que me dieron ganas de no hacer nada, de un momento a otro eso fue así. Y bueno, por todo eso terminé aquí.

**Investigadora:** ¿Cómo así eso de “yo no estoy loco”? ¿Qué es eso de “ser loco”?

**P3:** La gente siempre relaciona que la gente que está en la calle es loca o que no tiene familia. La locura se relaciona con la falta de apoyo, diría yo. (Dinámica conversacional, P3, noviembre 14 de 2019).

En la conversación sostenida con el P3, se puede observar como asocia el hecho de haber llegado a la hospitalización por diversas cuestiones que le sucedieron en el último tiempo. No obstante, vale la pena resaltar la forma en que niega la “locura” de forma espontánea y a su vez cómo relaciona la locura con las personas que no tienen apoyo ni familia. Se puede analizar que el “temor” relacionado con la hospitalización psiquiátrica es una expresión de la subjetividad social alrededor de la salud mental en la cual se relaciona de manera casi refleja la enfermedad mental con locura.

Lo anterior, se evidencia con mayor fuerza al discutir sobre la locura con los participantes, por ejemplo, en las conversaciones y entrevistas emergieron imaginarios sociales relacionados con el consumo excesivo de medicamentos y con la indiferencia y/o rechazo de la sociedad hacia el enfermo mental. Por lo tanto, frente a la locura emergen producciones subjetivas que parecen estar relacionadas con connotaciones estigmatizantes. Algo que da cuenta de esto fue el hecho de que los pacientes entrevistados negarán el diagnóstico cuando se les preguntaba por ello; todos plantearon no saberlo o por lo menos se aprecia una ausencia de información al respecto.

Otro ejemplo de lo anterior, al indagar, en el complemento de frases, sobre la Unidad de Salud Mental, uno de los participantes se cuestiona sobre la locura y además asocia la hospitalización en la USM exclusivamente con el hecho de consumir sustancias psicoactivas, de no ser por esto se hubiera negado a la hospitalización. El participante nunca menciona tener un diagnóstico y considera la locura como algo ajeno a él. Vale aclarar que con esta afirmación no se pretende “acusar” al paciente de “loco”. Lo que se pretende es hacer énfasis en evitar la enunciación de la palabra “locura” y por lo tanto, se analiza que esta sigue organizándose subjetivamente en los participantes desde la estigmatización.

**La Unidad de Salud Mental:** ¿Será que estoy loco? Yo no estoy loco. Será que estoy aquí porque mi Dios no quiere que salga a la calle” (Complemento de frases P4, noviembre 19 de 2019)

**Investigadora:** Usted que cree que es la **salud mental**

**P4:** Donde tratan los enfermos, los locos. Yo casi no acepto el hecho de estar aquí

**Investigadora:** Me decía que estaba aquí por lo del consumo.

**P4:** Si no hubiera sido consumidor no hubiera aceptado estar acá. (Dinámica conversacional, P4, noviembre 19 de 2019).

En el fragmento anterior se puede observar como el P4 se cuestiona y seguido a ello rechaza la locura. Esto da cuenta de producciones subjetivas asociadas a la locura que permanecen planteándose desde la estigmatización. Por lo tanto, las expresiones de los pacientes parecieran sugerir de una cristalización de sentidos que alimentan la subjetividad social alrededor de la enfermedad mental, la cual organiza sentidos subjetivos alrededor de la locura, y la locura como aquello excluido socialmente y, por lo tanto, cargado de connotaciones negativas y estigmatizantes.

A causa de la cristalización de estos sentidos –estigma– asociados con la enfermedad mental, una paciente manifiesta que el trato en la hospitalización es diferenciado para los que están locos y los que no. Sobre esto, ella expresa:

**P2:** Como fue ese sentirme extraña... Pues mira que yo me acoplé muy bien, pues yo creo que me acoplé muy bien porque primero pues el trato por parte de los enfermeros fue como muy acogedor. O sea me hizo sentir como segura, que no sé, en un lugar que me van a tratar no como loca sino como un lugar que necesitas ayuda

y aquí estamos para eso. Un lugar donde me van a cuidar, un tratamiento de cuidado no de locura.

**Investigadora:** ¿Cuál es la diferencia entre esos dos?

**P2:** Eh, porque yo siento que a los locos se les ignora, como que están en medio de su proceso, de su crisis, pues, ahí, pero no pasa nada más, o sea no es como yo sentarme contigo y decirte todo al trasfondo de lo que paso, porque de pronto no sé, sería un poco incoherencias o cosas así que de pronto uno no lo prestaría mucha atención o digamos el proceso sería diferente conmigo, que tu estés hablando, sentada conmigo y yo pues estoy contándote todo lo que pasó del trasfondo de las cosas. (Dinámica conversacional, P2, noviembre 6 de 2019).

Con sus palabras, la participante manifiesta un tratamiento diferenciado para las personas que están locas y las que no. Pareciera que el cuidado no se asocia con la locura, más bien, esta se organiza subjetivamente desde el acto de ignorar o de la exclusión. El hecho de no incluirse bajo la connotación de enfermedad mental, le permite a ella distanciarse de ese tratamiento apartado del cuidado que ella considera se les ofrece a los locos. Por lo tanto, le permite incluirse en el marco del cuidado como tratamiento.

Por otra parte, es importante mencionar que pese a la cristalización en las producciones subjetivas alrededor de la enfermedad mental, las expresiones de la subjetividad social sobre la hospitalización psiquiátrica presentes en los discursos individuales de los participantes presentan algunas transformaciones que se hace importante mencionar. Si bien la connotación social de la enfermedad mental genera “temor” a la hospitalización en la USM, estas connotaciones parecen sufrir cambios en la medida en que, según lo expresado por los pacientes, se encuentran con una atención cálida y de escucha activa del personal del servicio. Esta nueva organización de sentidos atribuidos

a la hospitalización, se puede ejemplificar con lo que menciona el siguiente participante sobre su proceso en la USM:

Cuando a mí me dijeron que me iban a traer acá, yo pensé que esto era para locos, claro está que yo no pensé en decir que no. Pero sí pensé que si me meten allá, me voy a volver más loco. Es lo que dice la gente que nunca ha estado en un sitio así. Pero ya cuando llegué acá, es diferente. Cuando vi a los muchachos, los enfermeros, el médico, ya uno acá ve las cosas tan diferentes. Incluso yo no quería ni ir a comer allá al comedor. El primer día me llevaron la comida a la habitación, pero al otro día la enfermera me dijo que por qué no iba al comedor y compartía allá. Y yo tenía como ese temor de compartir. Pero mirá que fui y el muchacho que está conmigo en la habitación me dijo que él no iba por allá que no le gustaba, yo lo invité porque yo comparto mucho con la gente por el medio en que yo trabajo. Entonces tomé la decisión y me gustó. Ahora, me voy para allá, me siento, me pongo a charlar con los muchachos, compartimos e interactúo con la gente y eso también ayuda a disipar mucho.

Ese es el primer pensamiento que uno tiene, ¿no? Pero ya después cuando uno se da cuenta las cosas son diferentes. Uno tiene una cosa muy tenaz, como decir el psiquiátrico, uno piensa que la salud mental es para locos, pero mirá que ahora que estoy aquí veo que es muy diferente. Aunque yo sabía que me iban a ayudar, estaba con ese temor.

Yo pensaba “qué tal todo ese poco de locos allá”, que pena decirlo allá. Pero mira que ya se me cambió totalmente el pensamiento. Hasta sería capaz de recomendarle a alguna persona de esto porque esto acá le ayuda mucho a reflexionar a uno, es como un sitio de reposo (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019).

En el fragmento anterior, P1 expresa que el día que llegó a la USM tenía miedo de relacionarse con los demás compañeros, no obstante,

en la medida en que el personal lo alentó a salir de la habitación, él se permitió conocer el espacio y con el paso de los días sentirse seguro. Por lo tanto, con el pasar de los días de hospitalización, la relación con el personal, con los compañeros de la sala y con las dinámicas que se construyen por el diálogo de todos, permite la organización de nuevos sentidos subjetivos atribuidos a la hospitalización, se pasa de concebirla como un “sitio donde están los locos” a pensarla como un espacio de reposo y reflexión, se podría decir que hay una transformación de la hospitalización que va de percibirla como un espacio “temeroso” a uno que promueve el “reposo”.

Sumado a lo anterior, se puede observar que el trabajo del personal de la USM permite desdoblamiento de producciones subjetivas por fuera del “temor” que suscita la connotación de la enfermedad mental. Siguiendo lo observado y lo expuesto aquí, se puede conjeturar que, en este espacio de la USM el trato con el personal del servicio permite, por una parte, la re-organización de sentidos subjetivos respecto a la hospitalización en salud mental y, además, evidencia que la tensión vivida por el personal debido a las exigencias neoliberales de auto-sostenibilidad de la USM no se expresan bajo ninguna circunstancia en la atención con el paciente. Esto último quiere decir que los pacientes son ajenos, aparentemente, a las consecuencias de la crisis del Hospital y a las tensiones que esta situación despierta en el personal. Por lo tanto, se puede afirmar que el vínculo emocional que se teje con el personal del servicio es sumamente importante para el tratamiento, pues permite matizar la idea del temor asociado a la hospitalización y los contratiempos y tensiones administrativas.

Sumado a lo anterior, y con relación a lo discutido en el apartado anterior sobre el tratamiento psiquiátrico como pilar de la hospitalización, cabe resaltar, que si bien el tratamiento se organiza desde la medicina, los pacientes valoran la escucha que se les da por parte de todas las personas del servicio. Es de esta manera que P1 manifiesta lo siguiente:

**Investigadora:** ¿Qué piensas que es lo que más te ha servido aquí en el tratamiento que te ofrecemos?

**P1:** Definitivamente el sentirme escuchado. Eso y la compañía que me brindan lo ha sido todo. Me he dado cuenta que por fuera hablo con poca gente y por lo tanto no tengo con quien descargar mis problemas. Estar aquí y hablar mi historia y mis problemas con los psicólogos y también con los enfermeros, me ha ayudado a organizarme (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019).

El participante manifiesta la importancia de la escucha que el personal del servicio le ofrece. Además, vale la pena resaltar que valora una escucha que relaciona con compañía; para él son estas dos cuestiones son las que más le han ayudado en su proceso de hospitalización. La valoración de la escucha y la compañía permite entrever cómo la construcción de vínculos se hace importante en el tratamiento hospitalario. Al parecer es gracias a esto, al tejido emocional que se establece con el personal, que los pacientes sienten pueden lograr la recuperación. En este orden de ideas, los nuevos sentidos subjetivos asociados a la hospitalización se re-organizan y pasan de ser considerados como un espacio donde “cuidan a los locos” a uno donde se permite el reposo y, además, un espacio donde “se dopa a la gente” a un lugar donde “se es escuchado”.

Al conocer la importancia que trajo para P1 el trabajo de escucha del personal del servicio, se decide indagar más sobre ello. Es de esta manera que se conoce, por medio de la voz de los pacientes, la importancia que tiene para ellos la compañía y escucha del personal de enfermería. Los pacientes reconocen que el trabajo de los enfermeros es fundamental para la recuperación. Sobre los enfermeros, un paciente comparte lo siguiente:

**Los enfermeros:** son los que lo atienden a uno. Son una parte muy primordial. Son los que están con uno realmente en los

momentos en que estás en crisis, en los momentos difíciles. En el momento que estás hospitalizado en ellos se encuentra el apoyo. Son un apoyo para los enfermos. Ellos están muy pendientes de uno y uno empieza a confiar en ellos para lo que se necesite. El día que yo llegué, ellos me escucharon. Los muchachos se sentaron conmigo y me escucharon el problema y eso le ayuda mucho a uno. Uno trata de sacar eso que uno tiene y que la gente entienda por qué pasaron las cosas y por qué uno está aquí, no es porque uno quiera o porque uno haya querido hacerse daño sino por situaciones difíciles que han pasado. Entonces los muchachos me escucharon (Dinámica conversacional, P2, noviembre 6 de 2019).

La P2 manifiesta el apoyo incondicional que ha recibido de los enfermeros. Sumado a lo que expresaba P1, esta participante resalta la importancia del apoyo y la confianza de los enfermeros en los momentos difíciles, además la comprensión que le ofrecen. Cabe resaltar que el apoyo incondicional puede estar asociado al hecho de que los enfermeros son esas personas del servicio que cubren turno las 24 horas del día. Es decir, que son las personas que están todo el tiempo a cargo del cuidado de los pacientes. Esto, es quizá, una cuestión que les permite crear un vínculo más estrecho y entablar lazos de confianza con los pacientes.

Partiendo de las manifestaciones de los pacientes sobre la escucha activa de todo el personal, durante el trabajo de campo se decidió indagar este tema con el personal del servicio. Fue una sorpresa para un enfermero saber que el trabajo al cual llama “brindar compañía” fuera tan bien valorado por los pacientes. Sobre su acto de escuchar a los pacientes, manifiesta:

**Enfermero:** Realmente no sabía que eso repercutía tanto en ellos. La verdad, sin querer queriendo uno termina atrapado, uno sentado ahí, escuchándole sin poderse ir. A mí me tocó un paciente que él lloraba mucho, y se le veía en la mirada como esa

desesperación de pedir ayuda, eso hizo que realmente yo me quedaré a su lado a simplemente escucharlo... Al principio me costó trabajo, fue un proceso porque, pues, uno no está acostumbrado a que uno sea la persona a la que se le descargan emocionalmente. (Dinámica conversacional, enfermero, noviembre 12 de 2019).

El enfermero por medio de su relato expresa que el acto de escuchar lo lleva a cabo de forma espontánea, por tal razón nunca pensó que eso fuese a repercutir tanto en la recuperación de los pacientes, pues de acuerdo a lo relatado por los pacientes, ellos perciben una relación entre “escucha” y “recuperación”. Los enfermeros, sin darse cuenta ofrecen una escucha que cobra valor terapéutico para los pacientes. El ofrecimiento de una escucha silenciosa, por medio de la cual no hay interferencia de prejuicios es valorado como uno de los aspectos más sobresalientes de la recuperación. Es importante mencionar aquí, que las devoluciones ofrecidas por el personal de enfermería –desde el discurso o desde el silencio– son producto de la forma particular de cada uno de concebir a los pacientes, la salud y enfermedad mental. Este tipo de escucha, que es reconocida como terapéutica por los pacientes, no es una directriz del protocolo de hospitalización, no obstante, puede relacionarse con el respeto y cuidado que el doctor líder de la sala inculca para que esté presente en el trato con los pacientes.

Frente al panorama de la valoración de la escucha espontánea y la compañía, fue pertinente indagar sobre el tratamiento farmacológico. Frente a este, los pacientes mostraron desconocimiento y mencionaron expresiones como “si lo dicta el médico hay que cumplirlo”. La mayoría de los participantes organiza subjetivamente el tratamiento farmacológico como una orden del médico –al cual le depositan plena confianza del cuidado de la salud– que hay que cumplir con el fin de mejorarse y poder salir a casa. Esto pone en evidencia que la caducidad del tratamiento farmacológico se asigna una vez se dé la orden de salida de la USM.

## Discusión

El servicio de hospitalización como tratamiento a la salud/enfermedad mental, cuando se trata de crisis, tiene como principal fuente de intervención la psiquiatría. A lo largo del tiempo se han levantado fuertes críticas, las cuales juzgan al tratamiento psiquiátrico de instrumentalizar la patología obedeciendo a mercados capitalistas (Cooper, 1976), la violación de derechos humanos asociado a las formas coercitivas de control (Basaglia, 1977, 2008), reduccionismo biológico de la clasificación (Braunstein, 2010, 2013; Laurent, 2014) y patologización la vida cotidiana (Roudinesco, 2005), entre otros.

El presente estudio comparte las críticas en mención y, se une al debate, de acuerdo a los datos empíricos expuestos en los resultados y a la teoría de la subjetividad de González Rey (2002). Si bien la hospitalización en salud mental es un espacio donde se reduce el individuo a un tratamiento orgánico-farmacológico y que los procesos administrativos recaen sobre los profesionales del servicio generando “agotamiento”, lo diferencial de este estudio es que permite discutir la existencia de diversas producciones subjetivas que se desdoblán ante ello.

De igual manera, la perspectiva teórica de la subjetividad de González Rey permitió conocer el espacio de la USM por fuera del determinismo social y con ello reconocer la capacidad generadora de las personas que transitan en él. Esta plataforma teórica de la subjetividad rescata la singularidad dentro del análisis de los diferentes fenómenos sociales y con esto se aleja de la conceptualización de subjetividad como un reflejo de lo externo (conceptualización arraigada a perspectivas sociológicas) (Moncayo, 2017). Recordemos aquí que la subjetividad individual da cuenta de configuraciones de sentidos subjetivos relativamente estables de una persona, y que, la subjetividad social es el producto del diálogo entre subjetividades individuales; por lo tanto, no hay estructura social que determine subjetividades. Siguiendo

esta línea argumentativa, sobre el distanciamiento de determinismos, los resultados expuestos también permiten tomar distancia del determinismo inconsciente del psicoanálisis que desconoce, en ocasiones, la capacidad consciente, generadora y reflexiva del ser humano (González Rey, 2011). Como tercer punto, a propósito de lo determinismo, se destaca el distanciamiento de esta perspectiva frente a la concepción mecanicista del funcionamiento orgánico, y además del conocimiento a priori de los síntomas y la enfermedad que guían el análisis e intervención desde la medicina. En concordancia con Goulart (2017) y González Rey (2011), se puede plantear que, desde la perspectiva de la subjetividad, sin desconocer el componente orgánico, hay un énfasis en el análisis de las dimensiones histórico-culturales como constitutivas de la subjetividad humana.

Sumado a lo anterior, es posible plantear que las producciones subjetivas –en el marco de lo social– sobre la crisis del Hospital y el manejo a la salud a nivel nacional recaen sobre el personal del servicio de salud y se expresan a modo de “agotamiento”. Respecto a esto, Ardila (2016), discute que la apertura neoliberal en la salud, que trajo consigo la Ley 100 de 1993, es percibida desde los trabajadores médicos como una situación que mengua la condición laboral, el capital intelectual y la autonomía profesional. Si bien algunas de estas cuestiones las comparten los participantes del presente estudio, es pertinente mencionar que las producciones subjetivas en el orden del “compromiso”, “vocación” y “solidaridad” permiten que esos desdoblamientos neoliberales no repercutan sobre el servicio que se ofrece a los pacientes. Con esto se quiere decir que la apertura al mercado neoliberal en Colombia, si bien trajo consigo dinámicas que se encuentran hoy latentes en una crisis hospitalaria y que si bien repercuten en los empleados del Hospital, estos mismos han sido recursivos en sus diferentes formas de afrontar la situación. Se analiza que dentro de este marco de recursividad, los sentidos subjetivos alrededor de la vocación por el trabajo y por lo público tienen gran influencia.

Adicional a lo anterior, y con relación a las producciones subjetivas alrededor de la salud/enfermedad mental, de acuerdo a los pacientes, se puede afirmar que existe una cristalización en los sentidos subjetivos asociados con la enfermedad mental como “locura” y la “locura” con connotaciones de “abandono social” o “silenciamiento”. Se puede afirmar que la connotación estigmatizante respecto a la locura siempre ha existido; Foucault (1976/2015) discutía que desde la Alta Edad Media (siglo XII al XIV), hasta la actualidad la “locura” ha estado asociada a connotaciones de enfermedad, la ridiculez, ignorancia, sin razón y debilidad humana. Todas estas connotaciones, vistas a la luz de Foucault, se relacionan con los sentidos subjetivos de “silenciamiento social” –con relación a lo expresado por los pacientes sobre el dopaje por exceso de medicamentos y a la afirmación de ignorar a los enfermos mentales– expresadas por los pacientes que participaron de este estudio. Vale mencionar que estas producciones subjetivas asociadas a la salud y la enfermedad mental, no cambiaron en los pacientes durante el servicio de hospitalización. Por su parte, desde el personal del servicio, las expresiones alrededor de la salud mental dan cuenta de nuevos sentidos subjetivos desde la des-estigmatización expresando que esta es una situación de la cual no se está exento y que nos afecta a todos como sociedad. Por lo tanto, para estos últimos participantes en mención, la USM sirve como espacio transformador de producciones subjetivas respecto a la salud/enfermedad mental.

Con relación a las expresiones de subjetividad individual alrededor del tratamiento, es válido plantear que si bien el tratamiento hospitalario tiene como columna vertebral el componente psiquiátrico-farmacológico también queda demostrado en las acciones diarias de la USM, cuando el pragmatismo médico se superpone frente a otros abordajes, como lo es el psicológico y de terapia ocupacional, para los pacientes, que lo farmacológico no es considerado como la esencia del tratamiento. Más allá de los fármacos, ellos expresan que el hecho de sentirse escuchados en cualquier momento, les permite concebir

la sala como un espacio de reflexión y reposo. Por lo tanto, los pacientes valoran la escucha espontánea de los trabajadores como pilar del tratamiento. Si bien, la hospitalización en la USM, concuerda con lo discutido por Foucault (1976/2015) respecto al hecho de conferirle el cuidado de los “locos” a la psiquiatría, interviniendo ellos desde la búsqueda de causas y soluciones al malestar mental por medio de tratamientos que buscan la inmediatez, el menor dolor posible y la eficacia, los pacientes organizan subjetivamente el servicio de hospitalización más allá de lo psiquiátrico, proporcionándole sentidos de un espacio que permite la reflexión gracias a la escucha que encuentran en el servicio. Desde González Rey (2015), podemos plantear que esto sucede porque la USM es un espacio vivo lleno de subjetividad, donde si bien transitan imperativos y normativas que intenta organizar y hacer de la USM un espacio rígido, la interacción entre las subjetividades individuales da vida a desdoblamientos por fuera de las normativas establecidas.

Por medio de lo anterior se plantea que la hospitalización en esta USM se puede concebir como un espacio vivo, contradictorio y transformador de producciones subjetivas tanto para el personal de salud como para los pacientes. Para el personal de salud, el estigma asociado al trabajo en la hospitalización psiquiátrica se transforma en la medida en que se labora en ese espacio. Se pasa de connotaciones de desgaste a unas de aprecio y vocación. A propósito de los sentidos asociados a la salud/enfermedad mental los resultados permiten exponer que el hecho de trabajar y convivir con la enfermedad mental sensibiliza al personal de salud considerándola como una dolencia de la cual no se es ajeno; en esta medida, el personal se esfuerza por ofrecer un trato cálido y humano.

De acuerdo a lo anterior, la empatía con el paciente que genera el hecho de no considerarse ajeno a una enfermedad mental, repercute en el hecho de asumir la humanización como un proceso al cual se le da vida “en carne propia”; con esto la literatura concuerda con el hecho

de plantear la importancia de la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización en la atención de los usuarios (Correa, 2016; Santacruz, 2016).

Para los pacientes, la construcción de nuevos sentidos subjetivos de la hospitalización pasa del “temor” a la comprensión y concepción de la misma desde el reposo y reflexión; estos nuevos sentidos asociados a la hospitalización se relacionan con el hecho de sentir un espacio en el cual se sienten escuchados. Se puede afirmar que las nuevas producciones subjetivas alrededor de la hospitalización, se deben al hecho de compartir con el personal de salud, vivir, convivir, conocer y transitar en ese espacio.

Con relación a esto, y de acuerdo a González Rey (2011), la dialogicidad (en tanto diálogos y relaciones) entre los diferentes individuos que interactúan en un espacio social –en este caso, los participantes– genera condiciones que propician la generación de nuevos sentidos subjetivos que permiten la movilización de las configuraciones subjetivas en torno a la hospitalización. El carácter dinámico de las configuraciones subjetivas permite el diálogo con los sentidos subjetivos que emergen mediante las nuevas –y diversas– situaciones de la vida.

## **Conclusiones**

Elaborar un trabajo de investigación en el área médica desde la psicología y bajo una metodología cualitativa, constructivo-interpretativa no fue tarea fácil. El proceso previo a la inmersión en el campo advirtió las mayores dificultades, pues la lectura del proyecto de investigación a los ojos de un Comité de Ética Médica trajo contratiempos. La demanda por un proyecto productivo y generalizable para el Hospital, llevó a planteamientos iniciales que se fueron modificando con el tiempo; vale reconocer que fue el proceso del trabajo en el campo lo que generó confianza al equipo de investigación para demostrar que más que buscar verdades y

generalizaciones, nos centramos en dar inteligibilidad con los datos empíricos a las producciones subjetivas sobre el servicio de hospitalización, esto, permitió caminos interesantes para comprender el objeto de estudio y dejó sugerentes cuestiones para pensar en estudios posteriores.

A manera de obstáculos, cabe mencionar también que los preconceptos, con los cuales se llegó al campo, alrededor de la metodología cualitativa y su carácter comprobatorio heredado de los estudios experimentales generaron contratipos en el momento de ver la riqueza de las producciones subjetivas que se organizan en la dinámica diaria del servicio de hospitalización de la USM. Superar la visión comprobatoria de la investigación, y adoptar el marco conceptual y metodológico elegido, permitió responder a la pregunta y objetivos de investigación sobre las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali. La inteligibilidad con los datos permitió describir el espacio de la USM como un espacio vivo y transformador de sentidos, donde los participantes mediante el diálogo de discursos y acciones organizan nuevas producciones subjetivas alrededor de la hospitalización.

Con relación a esto, nos permitimos exponer la organización de nuevos sentidos subjetivos alrededor de la hospitalización, la cristalización de los mismos alrededor de la enfermedad mental y las diferentes expresiones de recursividad que desdobra el personal, ante un panorama desalentador del sistema de salud colombiano, con el fin de ofrecer un servicio hospitalario cálido y oportuno fueron hallazgos que vale la pena destacar.

Los datos discutidos permiten concluir, que la humanización es un discurso expuesto en el hospital, de manera constante, por medio de procesos de formación al personal de salud. No obstante, en el plano de la práctica, la humanización recae en el personal de salud y en los recursos propios que desdobra para “blindar” al paciente de los obstá-

culos administrativos, vale mencionar que estos recursos se relacionan con la vocación y empatía que tiene el personal hacia el Hospital, los pacientes y el cuidado del otro.

Como conclusión declaramos que si bien los resultados dan cuenta de la existencia de diversas formas recursivas del personal para ofrecer un buen servicio, para nada estamos validando que la calidad del servicio y la humanización del mismo deba recaer de forma exclusiva en el personal, por el contrario, con esto se deja en evidencia una ausencia de políticas y normativas a nivel de salud que promuevan, desde la estructura, condiciones que permitan al personal soliviar la carga y exigencias administrativas. Por esta razón, afirmamos que el fortalecimiento de la humanización de los servicios de salud demanda una organización administrativa que dé cuenta de procesos que generen menor agotamiento en el personal de salud, más que procesos de constante formación y capacitación.

## **Referencias bibliográficas**

- Aguilar, A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. *Acta biológica Colombiana*, 16, (3), 129-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=319027888009>
- Angrosino, M. (2007). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Ardila, A. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado*. Tesis de Doctorado: Universidad Nacional de Colombia.
- Asociación Civil La Califata, Salud Mental y Comunicación. (2013). *Informe Anual*. Argentina. <http://lacolifata.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Informe-Anual-2013.pdf>

- Bacallao, G. & Bello, B. (2014). El método clínico, situación actual, Revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 8, (2), 131-138. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50461>
- Báez, J., Rodríguez, R., Karam, J. & Veloza, J. (2008). Factibilidad de intervención en la psicosis desde el psicoanálisis en un programa institucional de inclusión social. *Revista Tesis Psicológica*, (3), 100-115. <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139012667010.pdf>
- Basaglia, F. (1977). *La mayoría marginada (la ideología del control social)*. Barcelona: Editorial Laia.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Belaga, G. (2002). *El psicoanálisis aplicado a las instituciones asistenciales*. Texto inédito. Noche en la Escuela de Orientación Lacaniana. [www.eol.org.ar/jornadas/jornadas\\_eol/011/textos/millas.doc](http://www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/millas.doc)
- Braunstein, N. (2010). Crítica de la clasificación internacional en psiquiatría. En Braunstein, N. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. (p.p.11-28). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Buffoli, M., Bellini, E., Bellagarda, A., Di Noia, M., Nickolova, M. & Capolongo, S. (2014). Listening to people to cure people: the Lp-Cp-tool, an instrument to evaluate hospital humanization. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 26, (5), 447-455.
- Calderón, C., Retolaza, A., Bacigalupe., Payo, J. & Grandes, G. (2009). Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas or-

ganizativas. *Revista Atención Primaria*, 41, (1), 33-40. doi:10.1016/j.aprim.2008.04.003

- Caron J. & Liu, A. (2010). Descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*, 30, (3), 84-94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20609292>
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, (11), 73-114. <https://doi.org/10.18046/recs.i11.1567>
- Castro, X. (2016). *Salud mental y atención psicocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental*. [http://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/handle/10906/81118](http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/81118)
- Clara, M. (2017). Comunicar la diferencia: un proyecto radial realizado en México por personas con experiencia de internamiento psiquiátrico. *Dixtin*, (26), 96-101. <http://dx.doi.org/10.22235/d.v0i26.1387>
- Clavreul, J. (1983). El orden médico. En Clavreul, J, *El orden médico* (p.p. 39-51). Barcelona: Industrias Gráficas.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y anti psiquiatría*. [Versión Adobe Reader]. <https://colectivoantipsiquiatria.files.wordpress.com/2014/08/psiquiatria-y-antipsiquiatria-david-cooper-colectivoantipsiquiatria-wordpress-com.pdf>
- Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, 7, (1), 1227-1231. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>

- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. USA: Pearson Education.
- Cuesta, J., Saiz, J., Roca, M., & Noguera, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría biológica*, 23, (2), 67-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Del Río, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). <http://eprints.ucm.es/7419/1/T29445.pdf>
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En Denzin, N. & Lincoln, Y. (Coords.). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa*. Vol. I. Barcelona: Gedisa.
- Desviat, M. (2016). El arte en la salud mental. *Átopos*, (17), 2-4. <http://www.atopos.es/index.php/component/content/article?id=228>
- Díaz, R. (2015). La rehabilitación psiquiátrica. En Medina, M., Sarti, E. & Quintanar, T. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (p.p. 217- 224) México: Conacyt.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, 11, 43-72. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201103242013000100003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201103242013000100003&script=sci_abstract&tlng=es)
- Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C. & Ferrero, F. (2004). Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry*, 19, (8), 499-501.
- Ferreira, A., Frari, S., Pillon, S. & Cardoso, L. (2012). Current professional practice in Brazilian mental healthcare services. *Revista de*

Salud Pública 14, (6), 935-945. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/32311/42483>

Fortin, M., Bamvita, J.& Fleury, M. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen´s Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63, (2),103-114.

Foucault, M. (1976/2015). *Historia de la locura en la época clásica I*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2001). Una conciencia política. En Foucault, M, *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica* (p.p. 42-63). Madrid: Siglo XXI Editores.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Madrid: Paidós.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Geertz, C. (2003) Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En Geertz, C. *La interpretación de las culturas* (pp. 18-40). Madrid: Editorial Gedisa.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 22, (1), 103-108. doi: 10.1093/eurpub/cks035

Goffman, E. (2001). El modelo médico y la hospitalización psiquiátrica. En Goffman, E, *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (p.p. 315-375), Buenos Aires: Amorrortu

Goffman, E. (2007). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gómez, C., Aulí, J., Tamayo, N., Gil, F., Garzón, D. & Casas, G. (2016) Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, (1), 39-49. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839007>
- González Rey, F. & Mijtáns, A. (2017) *Subjetividade Teoria, epistemologia e método*. Brasil: Alínea Editora.
- González Rey, F. & Moncayo, J. (2017). *Subjetividad, cultura e investigación cualitativa. Los antecedentes desde la personalidad y el método clínico*. Bogotá: Editorial Aula de Humanidades.
- González Rey, F. (1993). Psicología social, teoría Marxista y el aporte de Vigotsky. *Revista Cubana de Psicología*, 10, (2-3), 164-169.
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. Buenos Aires: Thomson.
- González Rey, F. (2005) *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Trad. Marcel Aristidis Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- González Rey, F. (2010). *Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información*. Mc Graw Hill.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde. Superando a clínica da patologia*. Brasil: Cortes Editora.
- González Rey, F. (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: Uma referencia interdisciplinar*. Centro Universitario de Brasilia.

- Goulart, D. (2013). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. (Tesis de maestría). Brasília: Universidad de Brasília.
- Goulart, D. (2017). *Educação, saúde e desenvolvimento subjetivo: Da patologização da vida á ética do sujeito* [Tesis de doctorado]. Universidad de Brasília.
- Goulart, D., González Rey, F. & Patiño, J. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: Una experiencia en Brasilia. *Athenea Digital*, 19, (3), 1-21. e2548. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2548>
- Guasch, Ó. (2002). *Cuadernos metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2002a). Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En Denzin, N. & Lincoln, Y. (Coords.). *Paradigmas y perspectivas en disputa*. España: Gedisa. (pp. 38-78).
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2002b). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Denman, C. & Haro, J. (Comps.). *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: Colegio de Sonora, (pp. 113-145).
- Haro, J., Palacín, C., Vilagul, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. & Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD- España. *Revista Medicina y Clínica*, 126, (12), pp. 445-451. Recuperado de <http://public-files.prbb.org/publicaciones/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>

- Hernández, O., & Sarquis, Z. (2009). El encierro institucionalizado. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 12, (1), 47-63. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/17703/16879>
- Herrera, N., Guitierrez, M., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A. & Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12, (3), 343-355.
- Hoover, R., Ruiz, R., Gómez, C. & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, (1), 31-38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000500006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500006)
- Hospital Universitario del Valle. (s/f). *Acuerdo de reestructuración de pasivos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” – E.S.E.* <http://www.huv.gov.co/web/ACUERDOSHUV/acuerdo%20mayo%2016%20.pdf>
- Jiménez, J. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, (112), 735-751. 10.4321/S0211-57352011000400011
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, (5), 229-240. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/229-240>
- Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina.* Conferencia en La Salpetriere el 16 de febrero de 1966.

- Latorre, J., López, J., Montañéz, J. & Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 36, (2), 85-92. <https://doi.org/10.1157/13076608>
- Laurent, E. (2014). La crisis post-DSM y el psicoanálisis. En *Latigo Lacaniano*. Primera parte. <http://www.latigolacanian.com/assets/la-crisis.pdf> Segunda parte: <http://www.latigolacanian.com/assets/ltgzo-4-la--crisis-post-dsm.pdf>
- Linares, I. (2002). Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría (tesis de doctorado). Universidad de Valladolid: España.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A., Pinilla, M., Villa, D., Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P. & López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17, (1), 59-68. Recuperado de [http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/7943/1/Londo%C3%B1oNora\\_2010\\_FactoresRiesgoPsicosociales.pdf](http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/7943/1/Londo%C3%B1oNora_2010_FactoresRiesgoPsicosociales.pdf)
- López, I., Urrea, J., Navarro, D. (2006). Aplicación De la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. Una contribución al Sistema de Seguridad Social en Colombia. *Innovar*, 16, (27), 91-100. <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v16n27/v16n27a06.pdf>
- Makowski, S. (2013). Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México. *Revista CS*, (11), 283-308. <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n11/n11a10.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. (2015a). Encuesta Nacional de Salud Mental, Tomo I. Bogotá: Javegraf. Re-

cuperado de [https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field\\_document\\_file/saludmental\\_final\\_tomoi\\_color.pdf](https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo 1. Javergrag: Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1441 de 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Moncayo, J. (2017). *Educación, diversidad sexual y subjetividad: Una aproximación cultural-histórica a la educación sexual escolar en Cali- Colombia* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Brasilia.

Moreno, E. & Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, (4), 315- 328. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/sm3504315.pdf>

Moreno, M. (2013). Psicoanálisis e intervención social. *Revista CS*, (11), 115-142. <https://doi.org/https://doi.org/10.18046/recs.i11.1568>

Moreno, S. (2017). El diagnóstico en la clínica: Entre el protocolo funcional y el arte ético. En Cuéllar, U. (Ed.), *Nuevas construcciones subjetivas: malestares hoy* (p.p. 75-83). Medellín: Editorial EAFIT.

Oliveira, F., Rinaldi, D. y Ferreira, M. (2015). *El psicoanálisis puesto a prueba en la institución pública de salud mental: clínica y política*. [http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?gal\\_id=400](http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?gal_id=400).

Ordoñez, A. & Moreno, M. (2018). Psicoanálisis e institución. Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales. *Revista Affectio Societatis*, 15, (28), 196-227. <http://aprendeenlin->

ea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/327256

Organización Mundial de la Salud (2018b). Esquizofrenia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2018c). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica Instituto Nacional en salud*, 33, (4), 1-3. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572013000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001)

Quintero, J. (2017). *El sujeto de la clínica*. Cali: Editorial Bonaventuriana.

Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 71, (2), 117-124. [http://spu.org.uy/revista/dic2007/04\\_asm.pdf](http://spu.org.uy/revista/dic2007/04_asm.pdf)

Rodríguez, R. (2010). Disertaciones acerca de los resultados del proyecto de intervención desde el psicoanálisis sobre el problema de la psicosis y la inclusión social. *Revista Tesis Psicológica*, (10), 11-29. <http://190.242.99.229/index.php/TesisPsicologica/article/viewFile/225/219>

Roudinesco, É. (2005). *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Rubistein, A. (2002). Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas. *Anuario de investigaciones*, (10), 399-410. <http://>

[www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/114\\_adultos1/material/archivos/algunas\\_consideraciones\\_sobre\\_la\\_terminacion\\_de\\_los\\_tratamiento.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/algunas_consideraciones_sobre_la_terminacion_de_los_tratamiento.pdf)

Rubistein, A. (2009). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. *Anuario de Investigaciones*, (16), 147-156. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a53.pdf>

Rubistein, A. (2011). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica: recorridos y conclusiones preliminares. *Anuario de Investigaciones*, (18), 133-143. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100067](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100067)

Samaniego, A. (2016). Hacia una salud mental colectiva. *Revista Asociación Especialidad de Neuropsiquiatría*, 36, (130), 553-556. Doi: 10.4321/S0211-57352016000200017

Santacruz, J. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Rev Univ. Salud*, 18, (2), 373-384.

Stolkiner, A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva Latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. (23), 57-67. de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/stolkiner\\_ardila\\_conceptualizando\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf)

Tobón, F. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, (1), 1- 13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023113.pdf>

- Tortella, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez, S., Hervás, G., García, A., García, J., Fernández, F., Botella, C., Barrantes, N. & Baños, R. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Revista Clínica y Salud*, 27, 65-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>
- Vallejo, A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, (2), 39-46. [http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/398/401](http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/398/401)
- Vázquez, A. (2015). Manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos. En Medina, M., Sarti, E. & Quintanar, T. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (p.p. 195- 207) México: Conacyt.
- Zenoni, A. (2006). Orientación analítica en la institución psiquiátrica. En: *Bitácora Lacaniana. Revista electrónica de la Nueva Escuela Lacaniana*, (1), mayo 2006. [https://www.yukei.net/wp-content/uploads/2007/01/a\\_zenoni-orientacion-analitica-en-la-institucion-psiquiatrica.pdf](https://www.yukei.net/wp-content/uploads/2007/01/a_zenoni-orientacion-analitica-en-la-institucion-psiquiatrica.pdf)

