

# UN NUEVO DISPOSITIVO PARA EL CONTROL DE LA SUBJETIVIDAD: TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Resultado de investigación finalizada

GT 26 Sociología del cuerpo y las emociones

Jorge Gallardo Cochifas:<sup>1</sup>  
Natalia Hirmas Montecinos<sup>2</sup>:

## Resumen:

Esta investigación, se inserta en las discusiones sobre lo social y lo crítico en la terapia ocupacional. Partiendo del ejercicio de biopoder que ésta tiene y que comparte en los espacios de dominio de la institución de la psiquiatría, como lo son los hospitales psiquiátricos queremos, a través de un análisis crítico del discurso (ACD), analizar la configuración de sujeto que hace la terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental y psiquiatría comunitaria, lugar de supuesto cambio paradigmático que tuvo la psiquiatría al abandonar el modelo asilar por uno comunitario. Finalizaremos con la discusión de la terapia ocupacional en lo comunitario como nuevo dispositivo de gubernamentalidad o como una estrategia de emancipación humana.

**Palabras claves:** terapia ocupacional, subjetividad, biopoder

## Psiquiatría, Biopoder y Terapia Ocupacional

Hacia mediados de siglo XVIII, en un contexto de agudo crecimiento de grupos humanos y la expansión de las fuerzas productivas, el biopoder emerge como invasión de la vida necesaria para la instauración del capitalismo; la individualización y docilización del cuerpo humano (anatomopolítica) y su posterior regulación generalizada, ya en poblaciones (biopolítica), regularán la inserción y permanencia controlada de los cuerpos vivientes y sus fuerzas en el aparato de producción, a través de su valorización y gestión distributiva (Foucault, 1998).

Parte de estas nuevas prácticas fue la expropiación popular, y tratamiento institucional de los contenidos históricos: luego de su fragmentación compartimentalizada, fueron sepultados, enmascarados en coherencias funcionales o sistematizados acorde a los intereses y conveniencia de una minoría hegemónica. Aquellos dentro de las últimas dos categorías fueron organizados internamente como “disciplinas”, con criterios de selección y exclusión consensuados, estableciendo formas de normalización y homogeneización de contenidos, para ser posteriormente expuestos, distribuidos y

---

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional; Universidad de Chile. Miembro Línea de Investigación Cuerpo, Salud y Política del Núcleo de Sociología del cuerpo y las emociones de FACSO; Universidad de Chile. © Magíster en Sociología. Universidad ARCIS

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional; Universidad de Chile. Miembro Línea de Investigación Cuerpo, Salud y Política del Núcleo de Sociología del cuerpo y las emociones de FACSO; Universidad de Chile. © Magíster en Estudios Culturales. Universidad ARCIS.

finalmente jerarquizados recíprocamente en un campo o disciplina “global” denominada ciencia (Foucault, 1976).

Previamente legitimada por su trabajo en la institución asilar (Novella, E.; 2008; pp. 9-32), la psiquiatría entablará una relación estratégica hacia su validación como disciplina médica mediante operaciones legales y teóricas, entre las últimas, gracias a su apropiación y uso del “método” del pensar moderno, aquella forma de racionalidad suprema que, intentará oponerse a cualquier operación especulativa, pretendiendo que se obtendrá el saber “como tal” con sólo coparlo de información. Mas pronto, la pureza, transparencia y asepsia que se intentaban atribuir a este tipo de conocimientos serían frustrados, en tanto “la racionalidad científica no es capaz de dar cuenta de su propia certeza – no hay fundamento científico para el conocimiento científico” (Pérez, C.; 1990; p.3). Así, la racionalidad de la ciencia y sus producciones –entre ellas, la psiquiatría-, encontraría su a priori material, estructurado históricamente, de modo que, según afirmaba Marcuse, “podían servir como instrumentos conceptuales para un universo de controles productivos que se ejercen automáticamente.

Siguiendo con la psiquiatría, la epistemología de sus ciencias aún hoy no ha sido capaz de presentar una metodología que aseguren de modo profundo la conexión de sus conocimientos producidos con la realidad subyacente sobre la cual supone operar: al ser hoy claramente inexistentes los estudios que aseveren una relación unívoca entre un determinado marcador bioquímico o electrofisiológico y una alteración de la interacción social (componente cultural) –sin consenso en la direccionalidad causal entre estructural-funcionalidad-, aún hoy remiten a la evaluación observacional de los desvíos comportamentales, emocionales y actitudinales. A esto se agrega una confusión persistente señalada por Llopis hace más de cincuenta años entre categorías de “síntoma” y “enfermedad mental”, que hoy psiquiatras asumen impregna erróneamente el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (Alarcón, Mazzotti, Nicolini; 2005).

Rescatando algo ya vislumbrado, las creencias depositadas para erigir supuestos criterios de normalidad resultan en sí mismos insuficientes al saber científico en tanto construcciones socioculturales. Los prototipos de normalidad nunca logran uniformidad porque “la elección de ellos es patrimonio de las formas de pensar y sentir de cada individuo” (Cabral, 2005). Mas es peligroso cuando, a pesar de estos profundos vacíos e incoherencias – que impiden a la psiquiatría erigir la experticia y nivel de científicidad coherente a su imagen diseminada desde discursos de poder, acercándola a criterios de una ciencia vulgarizada (Natalichio, O.; 2006; pp. 20-21)-, no detienen la reproducción y validación de las prácticas psiquiátricas, cuyos diagnósticos y tratamientos podemos identificar se erigen no sobre hallazgos o razonamientos mínimamente científicos, sino sobre acuerdos acerca de lo que comprende la desviación de los comportamientos conductuales y de las maneras habituales y deseadas culturalmente (¿o hegemónicamente?) de pensar y sentir, y cómo se las debe enfrentar, todo dentro de un marco político interno a la disciplina permeado de los cambios en las formaciones económico-políticas a mayor escala: mientras previo a la segunda guerra mundial prevalecía la psiquiatría de dominio psicodinámico (de corte francés-alemán), el poderío económico estadounidense de post-guerra favoreció el posicionamiento del dominio neurobiológico como nueva preponderancia en los campos de práctica, investigativo y de diagnóstico (decenio de 1960-70).

Es así como paralelo al proceso de nacimiento del “moderno self” de Rose, se agudizan aspectos individualizantes de la práctica psiquiátrica, basada en la individualización (el problema ya no es socio-político, sino de cada persona, “caso a caso”), psicologización (no existe un problema objetivo, sino fruto de la interacción entre las expectativas y la percepción propia de cada persona; es subjetivo, se incluyen conceptos como autoestima), naturalización (origen endógeno, constando de un concensuado aún no comprobado desequilibrio químico o alteración electrofisiológica, por lo cual la “enfermedad mental” es inherente y propia de la persona) y entonces su ineludible medicalización y medicación. Así, la apropiación de espacio hegemónico por parte de la psiquiatría neurobiológica fue favorecida por

la efectividad de sus acciones de división y separación de las masas mediante la patologización individualizante (anatomopolítica), además de acciones reproductoras de las estructuras sociales y sistemas de creencias y valores útiles en cuerpos y subjetividades ya docilizadas (biopolítica).

En cuanto a la terapia ocupacional, las versiones “oficiales” de su historia y desarrollo (desde una lógica de acumulación lineal y progresiva del conocimiento), relatan cómo luego de un estancamiento en el medioevo, el impulso renacentista favoreció un resurgimiento “salvador” encarnado en lo científico, que, gracias a un “caer en cuenta del valor de las ocupaciones como tratamiento” (Molina, A.; 2003; p. 32), permite incrementar los conocimientos y desarrollo de prácticas más especializadas, consagrándose como nueva profesión a fines de siglo XIX, con cursos de entrenamiento, titulaciones reconocidas y asociaciones profesionales. Mas esta versión es fácilmente contrastable con la revisión de la literatura médica, desde la cual, a partir del s. XVIII se expone de modo formalizado el uso de actividades como recurso terapéutico en el tratamiento del “loco”; lo que sería el principal interés e identidad de la terapia ocupacional, inicialmente fue la ejecución de un acto de inspiración médico-psiquiátrica para el alivio de “mentes trastornadas” (Molina, A.; 2003; p.31) que posteriormente delegaron, mediante entrenamiento médico, a enfermeros y asistentes sociales; de ahí que la profesionalización de la terapia ocupacional, además de no contar con un objetivo, concepción y conocimientos previos subjetivados por un “otro” – quitándole así la posibilidad de recibir el carácter específico de “ciencia” (Da Rocha; 2008; pp. 22-23). -, puede ser leída como la resultante histórica de un proceso capitalista de institucionalización de fragmentos de conocimientos previos útiles a la reproducción de estilos de relaciones y estructuras sociales, cuya disciplinarización, lejos de dañar, favorecía su diseminación cultural. Así, desde una lectura foucaultiana (Albano, S.; 2007; p. 50), la terapia ocupacional puede ser comprendida como un objeto discursivo que nace y permanece al amparo de la institucionalidad psiquiátrica –y hegemónica a nivel estatal-, quien le entrega propiedades de visibilidad e inteligibilidad a cambio del cumplimiento de sus funciones político y sociales de invisibilización de primer orden; acuerdos políticos tácitos evidenciables, por ejemplo en 1947 cuando, posterior a habersele negado el estatus militar en primera guerra mundial (Willard y Spackman, 1988), sus técnicas son publicadas en servicios de impresión gubernamental, además de apoyo financiero desde el gobierno federal para la formación de futuros terapeutas ocupacionales y entrenamiento a futuros miembros de la Asociación Norteamericana de Terapia Ocupacional (AOTA) (Hopkins & Smith, 1998).

Es así como esta historia de pactos e inteligibilidades entre la terapia ocupacional y la psiquiatría puede encontrar sustento en la necesidad, desde el campo del biopoder, de invadir la totalidad de los cuerpos, sus espacios y tiempos; para efectos anatomopolitizantes, el cuerpo individual debe tornarse un fragmento de espacio móvil que pueda colocarse, moverse y articularse con otros cuerpos y espacios, recomposición que requiere su primera desarticulación. Para ello se deben explorar de forma analítica sus partes más elementales, tanto del cuerpo físico–mecánica, movimientos, habilidades, destrezas, técnicas- como de la subjetividad en él –rutinas diarias, hábitos, significaciones-, hacia la consagración de la disciplina invisible en cada uno de éstos: “la disciplina educa la forma de operar, prestando una extraordinaria atención al detalle (es un arte del detalle): cada movimiento debe ser atentamente analizado para saber cómo y cuándo deben ejecutarlo los sujetos” (Garay, A.; 2001; p. 134). Procedimientos minúsculos producen sujetos en los que se encarnan pequeñas reproducciones en formas de vida que, sabiéndose sometidos a un campo de visibilidad, en la invisibilidad del ejecutante de autoridad, reproducen por su cuenta las coacciones del poder, convirtiéndose en el principio del propio sometimiento (Garay, A.; 2001; pp. 134-136).

Ahora, si bien esta contextualización nos habla de los procesos histórico-estructurales y estructurantes de las prácticas hegemónicas en el campo a analizar, como autores y siguiendo las propuestas de Foucault y, especialmente, de De Certeau (De Certeau, 2000), nos alejamos de un modelo estructuralista totalizante, en cuanto creemos, de este modo, en la emergencia y sustentabilidad de

excesos de vida que posibiliten, asimismo, la configuración y diseminación de discursos contrahegemónicos; posibilidad –y responsabilidad- de carácter mayor en la figura del terapeuta ocupacional quien, habiendo alcanzado una esfera socio-política que le permite acceder de modo activo a las configuraciones sociales, y de acuerdo a intereses y reglas propias -en este caso de corte contrahegemónico-, puede ser artífice del consumo artesanal de los discursos a los que se encuentra expuesto.

## **De asilo a la comunidad**

En los últimos cincuenta años visto una gran transformación de la institución de la psiquiátrica. La clásica visión de los asilos psiquiátricos es cada día más alejada de los repertorios de sus prácticas. La misma psiquiatría a dado su propia versión del origen de estas transformaciones. En general se enmarcan en las denominadas reformas psiquiátricas que, empujan a los países occidentales de la periferia a adoptar los nuevos modelos; como tradicionalmente lo hacen, donde se reconoce que el cambio paradigmático se nuclea en los avances psicofarmacológicos y las constantes y propias críticas al modelo asilar. Por ello y gracias a la nueva tecnología farmacológica y al impulso humanizador post segunda guerra mundial, la psiquiatría ingresaría en nuevo paradigma comunitario y social (Novella, 2008, p.22).

En Chile el proceso no sería diferente. Con aras de reemplazo paradigmático al modelo asilar, se iniciaría el trabajo de modelo psiquiátrico intracomunitario, fundado por el psiquiatra Marconi, que en sus fundamentos buscaría un alejamiento del modelo hospitalario-asilar y comenzar un camino hacia la creación de espacios donde la psiquiatría pudiera estar en la comunidad para “resolver” sus problemas (Torres, 2001; p.3). Este modelo, de gran éxito en los 5 años (1968-1973) de su aplicación quedaría estancado por el golpe y posterior dictadura militar desde el año 1973 hasta 1989, año que, con el término de la dictadura militar, se daría inicio a otra etapa, en cual podemos ubicarnos ahora<sup>3</sup>.

Así, este nuevo momento de la psiquiatría descansará sobre un modelo de psiquiatría comunitaria amparado en Plan Nacional de Salud Mental, que incorpora no sólo la expansión y creación de espacios de psiquiatría en la comunidad, sino la configuración de una red fuertemente conectada para un trabajo coordinado, a la vez que conceptos enfáticos como enfatizar “el protagonismo de los sujetos en resolver sus problemas, no como “necesitados” sino a “sujetos en terapia” y “sujetos de desarrollo”(Torres, 2001; p.5). Así también, la salud mental comunitaria se basaría en pilares fundamentales tales como: “...estimular la integración del saber popular al científico, basar las acciones en la defensa de los derechos humanos, el respeto a la vida humana y promoción de los valores humanistas y participación efectiva de los grupos de base, las familias... y sectores de la comunidad organizada en todas las fases del proceso”<sup>4</sup>. En este contexto entonces, el desarrollo de lo comunitario en Chile vivió un gran crecimiento, donde hoy existe una fuerte red de trabajo comunitario en la salud mental y psiquiatría que es el baluarte del nuevo modelo de psiquiatría comunitaria. La creación de nuevos lugares denominados Centros de Salud mental, serán el foco de los esfuerzos por esta “nueva” psiquiatría.

Sin embargo sabemos que, este que desplazamiento hacia afuera de la psiquiatría, no ha sido del todo menos controversial, puesto que las principales críticas a sus prácticas, como los tratamientos

---

<sup>3</sup> Un hito importante en términos de relaciones de poder es que, de aquí en adelante este nuevo modelo hablará de la psiquiatría y salud mental como conceptos equivalentes para el trabajo desmanicomializador. Situación que indica ya la dominación que ejerce la institución psiquiátrica en caso de comprender la salud mental como un fenómeno distinto a la psiquiatría, que sin embargo la incluirá y la utilizará.

<sup>4</sup> Madariaga, C (2003).Construyendo equipos de trabajos en salud mental y psiquiatría comunitaria. p.4. Santiago: MEDICHI

farmacológicos, no han sido abandonados, y al contrario, han evolucionado y especializado a la par de los avances de las industrias farmacéuticas (Novella, 2008, p.18). En este sentido, Tomás Szasz, antipsiquiatra norteamericano, plantea que “todo el proceso de desintitucionalización no ha representado sino un paso más en la constitución de la psiquiatría como un dispositivo inquisitorial. En la misma línea, Castel, propone que la psiquiatría, en este tránsito, se ha visto forzada a pasar de un patrón de “reparación de la enfermedad» a un esquema centrado en el reforzamiento de la normalidad: la meta ya no consiste en curar o en mantener la salud, sino en corregir desviaciones y maximizar la funcionalidad del individuo (Castel, Castel, Lovell, 1982; p.331). Así, esta expansión en la comunidad, ha culminado en que los “conceptos de la psiquiatría y la psicología han acabado penetrando en casi todas las esferas de la vida cotidiana, las nuevas instituciones ya no se ocupan solamente de un número limitado de “enfermos”, sino que se ofrecen y orientan a la totalidad de la población de cara a la resolución de múltiples problemas en los más diversos ámbitos y periodos de la vida.

En este contexto, la terapia ocupacional no ha estado ajena a estos “cambios”. El ingreso en la modalidad antimanicomial, ha generado mucha discusión dentro de la ella, creando nuevos espacios teórico-prácticos en lo comunitario, llegando a proponer las bases para una terapia ocupacional social (Kronenberg, Simó, Pollard, 2011; pp. 141-153).

En los hospitales psiquiátricos, la terapia ocupacional, que buscaba su validación dentro de las técnicas entregadas por el modelo médico, será mecánicamente arrastrada a salir de éste y ocupar un espacio en esta nueva etapa de la psiquiatría, basándonos en que este nuevo plan de salud mental inscribe la participación de la terapia ocupacional en los nuevos lugares no asilares<sup>5</sup> Si bien, este nuevo lugar, aparece “lo comunitario” como concepto básico y renovador frente al modelo asilar, no realiza una explícita construcción de aquello, sino más bien, se define como un modelo basado en la acción en red. Ahora, este espacio de aparente lejanía de la psiquiatría como ejercicio puro de biopoder en sus hospitales, dará la posibilidad a la terapia ocupacional de encontrar otras rutas de validación y construcción.. Tal es el caso de los enfoques psicosociales, que de alguna manera problematizan el modelo médico y curativo. Y este hecho será muy importante para nosotros como investigadores, puesto que la terapia ocupacional por primera vez podrá iniciar una fractura con el modelo médico de la psiquiatría. El curso de ésta, sus condiciones y posibilidades que no están ajenas a las relaciones de poder y tampoco al control de producción de subjetividad, puede significar el despegue de la terapia ocupacional hacia una constitución no psiquiátrica y no médica, en términos de una terapia ocupacional contrahegemónica. La importancia de este evento es distintivo para la discusión sobre lo social o lo crítico en la terapia ocupacional. En ningún caso lo social para nosotros como investigadores se reduce a desmantelar la tradición funcionalista (Barros, Garcés y López 2007) de la práctica normalizadora de la terapia ocupacional o ser consciente de las condiciones estructurales que determinan a nuestra sociedad capitalista. No basta con enunciar el empoderamiento y participación social para exigir demandas sociales como plantea Galhiego y Simó (2012) para el inicio de una terapia ocupacional social. La falta de conocimiento histórico de, por ejemplo, el rol cooptador de los Estados y su función sostenedora del capitalismo (Bauman, 2000; pp.73-93), hacen que estas propuestas no sean sino una tecnología más avanzada de control al no cuestionar el lugar, origen y posibilidades del estado, capitalismo y los efectos de las prácticas de la terapia ocupacional. Por ello, antes que una terapia ocupacional social, debemos discutir la posibilidad de una terapia ocupacional crítica, para construir una terapia ocupacional transformadora de lo social, en términos históricos, políticos y económicos, es decir, podríamos comenzar por redefinir qué es la ocupación y la salud, hoy conceptos naturalizados, en términos históricos objetivos, por ejemplo, analizar la aparición y permanencia de éstos en Latinoamérica.

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud (2012) Plan Nacional de Salud Mental; Acciones Programa Salud Mental y Psiquiatría, p.5. Santiago: Ministerio de Salud. recuperado de: [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_mental/documentos\\_relacionados/acciones.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/acciones.pdf)

Por todo esto, la fractura y la discusión que existe sobre lo social y lo crítico en la terapia ocupacional es que, acceder a la construcción que hace la terapia ocupacional del sujeto de sus intervenciones en los dispositivos de salud mental y psiquiatría comunitaria, se vuelve necesario, para conocer cómo, en el problemático tránsito del asilo a la comunidad, crea sus prácticas, y cuán sociales o críticas pueden o no ser, cuán contrahegemónicas o no pueden ser.

### **Análisis crítico del discurso.**

Analizar qué dicen los propios expositores de la terapia ocupacional, esto es, los terapeutas ocupacionales de los espacios de salud mental comunitario es una tarea necesaria, puesto que, en tanto que sujeto enunciador de lo que es la terapia ocupacional, sus discursos “han de ser tratados como prácticas que sistemáticamente constituyen los objetos de los que hablan” (Foucault, 1989; p.174). Por ello, no podemos hacer la distinción entre discurso y práctica, puesto que “hablar de discurso es, ante todo, hablar de una práctica social dado que el discurso es parte de la vida social y a la vez un instrumento que crea vida social (Calsamiglia, 1999;p.65). Entonces, los discursos de los terapeutas ocupacionales en el lugar de la salud mental y psiquiatría comunitaria, darán cuenta de la construcción de sus prácticas, puesto que como se ha dicho, los discursos y las prácticas no son posibles de separar. Además, desde la perspectiva foucaultiana, el discurso guarda profundo interés, puesto que “es el escenario de la relaciones de poder de una sociedad, las posibilidades de identidad que se construyen en un determinado contexto social... que van a tener una componente ideológica esencial” ( de Gregorio, 2003; pp. 497-512) develando que lo dicho o no, lo hecho o no, muestran el lugar en el cual, en este caso, la terapia ocupacional, estaría inserta en las relaciones de poder con la institución de la psiquiatría. En este sentido entenderemos que los discursos pueden ser entendidos como medios de producción societal, al modo que producen sujetos (Wodak, 2003; pp.66-67), y por lo tanto configuran ideológicamente un orden y posibilidades específicas de ellos.

Para analizar el discurso, utilizaremos el Análisis crítico del discurso(ACD), proveniente de las líneas críticas del análisis del lenguaje, es según T. van Dijk, una perspectiva crítica sobre la realización del saber, que se centraría en los problemas sociales y en especial del papel del discurso en la producción y reproducción del abuso de poder o de la dominación. Para nosotros este punto es muy importante, pues debemos reconocer que la institución psiquiátrica, con sus prácticas disciplinantes y normalizadoras, ejerce un abuso de poder sobre los sujetos portadores de “locura” que, definida por ella misma, se autoriza la realización inquisitiva de actos dañinos que confinan a esas personas a una vida indigna y no humana. Donde el tránsito hacia su “normalidad”, está totalmente controlada por esta institución. Por ello, el ACD (y por tanto este trabajo), explicita su posición sociopolítica. Así este espacio se torna una nueva ventana, recurso, de denuncia para explicitar las relaciones de poder –con efectos de dominación y de control- que con frecuencia se hallan ocultas no ingenuamente. Por lo tanto, y dado que la psiquiatría es abuso incluso en su forma comunitaria, un ACD de los discursos de terapeutas ocupacionales es el camino para revelar si las condiciones de la construcción de su sujeto de intervención es o no un abuso, en aquel campo de violencia. Además, el ACD centra su análisis sobre el control de las creencias y las acciones de las personas y cómo estas estarían en coherencia de los grupos dominantes. Por ello, reconocemos que hoy, en el campo de lo mental, la hegemonía psiquiátrica es vasta, y sus tecnologías responden a fines de los grupos dominantes que sostienen el capitalismo en el mundo.

Así, la fuente del corpus serán los espacios legítimos del discurso de lo comunitario en salud mental. Este lugar lo conforman los denominados Centros Comunitarios de Salud Mental, definidos por el Plan Nacional de Salud Mental, y que además son de referencia nacional por su trayectoria y su trabajo. Estos pertenecientes a una zona específica del servicio metropolitano de salud chileno, guardan relación con el desarrollo de formación de profesionales de área de salud mental y psiquiatría de

distintas universidades del país, como la Universidad de Chile, además de prestan servicios a una gran porción de personas dentro de la ciudad de Santiago. Ahora, el corpus será configurado a partir de tres entrevistas a terapeutas ocupacionales que trabajen en el sector descrito, a la vez que cumplan con el requisito realizar su trabajo de forma estable en el centro (al menos un año) y a cargo de algún programa del mismo. La entrevista, de carácter semiestructurada, consulta sobre los sujetos que interviene, sus características, sus posibilidades y limitaciones. Posibilita al entrevistador profundizar sobre algún tema que no quede claro o exista duda sobre a lo que se refiere específicamente cuando responde Muy atenta, para que sea el propio entrevistado el que a través de sus respuestas construya a su sujeto de intervención.. Posteriormente se procederá a realizar el análisis crítico del discurso, el cual nos permitirá deconstruir la configuración del sujeto de intervención de la terapia ocupacional en salud mental comunitaria.

En este sentido, la búsqueda en el análisis de los discursos de elementos contrahegemónicos, con respecto a la psiquiatría se vuelve un lugar de importancia para esta investigación, pues, será el hallazgo de éstos, nuestra principal motivación para creer en la posibilidad de construir una terapia ocupacional comunitaria en el ámbito de la salud mental no psiquiátrica.

### **El actual sujeto y la emancipación posible**

A través de las prácticas discursivas de la terapia ocupacional en el campo trabajado, a través de sus enunciadores –encarnaciones instaladas por el desarrollo de lo comunitario- se pudo constatar, respecto a la configuración del sujeto de intervención, que aún hoy se encuentra fuertemente ligada a la institución psiquiátrica. Si bien emergen algunos atisbos de otras “racionalidades”, uso de conceptualizaciones y propuestas prácticas fuera del campo semántico y la lógica del discurso psiquiátrico, todas co-existen, bajo un modelo social hegemónico, donde finalmente se reproducen las construcciones socio-políticas y los modelos de relaciones útiles al liberalismo económico y sus campos de quehacer.

Ante la presencia de un sujeto desadaptado, la psiquiatría permite/indica la intervención del terapeuta ocupacional, quien incurre hacia la normalización y re-adequación del sujeto problema a través del re-establecimiento de las tareas y características esperadas según diversos modelos y clasificaciones preconcebidas todas con fineza y bajo argumentos altruistas, de modo tal que la persona víctima de control no se percata del proceso de docilización del cual está formando parte. Se plantean nuevos espacios y modalidades de participación como parte del proceso natural de “empoderamiento” del sujeto de intervención en tanto prácticas de una ciudadanía legítima a recuperar, manifestado como labor tanto de sujetos como de ejecutores profesionales. Sin embargo, éstas “revolucionarias emancipaciones” se tiñen de funcionalismo, al ser desplegadas en el orden de lo permitido por otros profesionales –especialmente psiquiatras-, incluso coartadas por los mismos terapeutas ocupacionales. Espacios y decisiones que debiesen ser de propiedad de los sujetos permanecen como propiedad experta, relegando, bajo importantes consignas, sólo aquellos espacios donde la libertad no moleste. Una manifestación de esta hegemonía psiquiátrica central es la configuración profesional de las cualidades de los sujetos de intervención y la naturalización y justificación del tratamiento farmacológico en circunstancias en que no existe marcador genético, bioquímico o neurológico unívocamente vinculado con causa de un trastorno mental. Se hace necesario señalar al respecto que en todas las situaciones analizadas, el ejecutor, el terapeuta ocupacional, tampoco es consciente del control que ejerce; a mayor silencio, más indirecto, mejores efectos, mayor perversión del dispositivo.

De este modo, el terapeuta ocupacional, en tanto que instrumento que se apropia de un nuevo campo, hasta ahora inalcanzable para la psiquiatría y otros dispositivos hegemónicos -como lo es la vida cotidiana y sus intimidades- lo aprehende para someterlo a una vigilancia dinámica de carácter gubernamental, a través de sus técnicas, reproduciendo así subjetividades que lo configuran como una

nueva versión, especializada, de tecnología del yo útil a una práctica psiquiátrica, cuya rigidización amenazaría con volverla obsoleta e inviable bajo el ritmo de mutación de las diversas y nuevas formas de gubernamentalidad emergentes. Es la terapia ocupacional y su control de la vida cotidiana el lugar donde la psiquiatría no quiere ir, tal vez por su arrogancia de dominación y de la clase, pero donde sabe, tiene que estar.

Lo comunitario, supuesto avance del modelo manicomial, finalmente se refiere a la presencia de la psiquiatría y sus modelos en los espacios aledaños a la localidad de los sujetos de intervención; en este sentido, podemos apreciarlo como una extensión del hospital psiquiátrico, pero ahora con la tecnología suficiente para contener y producir subjetividades en la más íntima localidad, además del control que ya ejerce con fármacos sobre la misma. Como problema, debemos advertir acerca de la importancia cada vez mayor que desde estos dispositivos se les asigna a la “familia” y a la “comunidad” que, pudiendo ser una buena señal en cuanto apertura para las vanguardias reformistas de lo comunitario en la psiquiatría, bajo los efectos de biopoder ya expuestos se vuelven una amenaza. Además ante la problematización individualizante, ya no de un solo cuerpo o subjetividad anormal que se debe re-adaptar, sino de una familia, incluso, de una comunidad, se nos muestra la intensificación del modelo que se encamina hacia la concreción de mecanismos totalizantes que legitimen la marginalidad de una mayoría, procurando como origen del control y la posibilidad de su “reparación” siempre a la institución psiquiátrica.

La dominación tiene que ver con la manifestación concreta de poder y autoridad con otro, con las limitaciones de libertad que se ejercen sobre una otredad. Los grupos dominantes son los que tienen acceso a la manipulación del discurso público, manufacturación, puesta en circulación y silenciamiento selectivo de los discursos acorde a sus fines biopolitizantes (Iñiguez, 2003; p.194). En este sentido, atribuimos una responsabilidad activa a los terapeutas ocupacionales quienes, al igual que aquellos analizados en este trabajo, participan activamente de un proceso de perpetuación de un orden social basado en la dominación, desigualdad y limitación de la libertad, cumplen los encargos del patrón realizando una labor que evite grandes transformaciones y perpetúe los actuales modelos de entender y resolver los problemas de la vida, entrometiéndose hasta en las formas más personales y privadas de existencia –salud, educación, administración del tiempo libre, vida familiar, afectiva y sexual, etc. -, por medio de la experticia en el “saber vivir” que tienen como conocimiento normalizador.

Todos estos profesionales absorbidos en un compromiso de implicación, cuanto más sofisticado y complejo es el saber y la función que desempeñan, habitualmente menos saben acerca de sí mismos y del sentido real de la función que desempeñan. O bien ese saber no les preocupa, porque están tan seguros de la verdad y de la utilidad de sus funciones que no les interesa otro tipo de cuestionamiento de las mismas, o bien el saber que tienen al respecto está producido, a su vez, por especialistas que lo generan con los mismos supuestos, métodos y limitaciones. De este modo, cabe a la vez responsabilizar a las instituciones académicas centradas en mantener una asepsia respecto al pueblo al cual paradójicamente manifiesta deberse, pero que al mismo tiempo reproducen y legitiman un saber como estrategia fundada en fines de biopoder.

Por ello, la complejidad y riqueza de la vida cotidiana, aprisionada en la tecnología subjetivante de la actual terapia ocupacional hegemónica, es a la vez el lugar del cual se puede comenzar a construir una práctica hacia la emancipación, una práctica hacia la legitimidad de lo plural. Reconocer que la solución necesaria para una persona, más allá de un “tratamiento psiquiátrico” es el comienzo de para constatar las condiciones estructurales de determinación.

Entonces, y sumándonos a la discusión sobre la posibilidad de una terapia ocupacional social o crítica, creemos necesario, para su construcción tres posiciones políticas iniciales: primero, cuestionar el origen del orden de las relaciones sociales de producción actuales; el capitalismo neoliberal, segundo, negar la psiquiatría en todas sus formas, pues cualquier derivación no será si no otra innovación para normalizar y tercero, cuestionarse a sí misma en su origen y constitución, en cuanto a las ataduras y



libertades que significan ubicarse en las ciencias naturales o las ciencias sociales, con sus respectivas demandas, sobre todo las dependencias del modelo médico hegemónico y el determinismo biológico de lo social. De otro modo, cualquier terapia ocupacional que, según nosotros, no adquiera estas posiciones políticas, no podrá si no, transformarse en un dispositivo, con características de tecnología del yo, más avanzado, más invisible, perverso y más homogeneizador y hegemónica que antes.

Por lo tanto, en ningún caso, la emancipación como tarea de una posible terapia ocupacional crítica, responderá al impulso liberador de la búsqueda de la autorrealización individual e independiente, puesto que, dicha libertad, fecundada en los valores liberales, aún perseguida a través de acciones políticas, no será otra cosa más que, en palabras de Walkerdine (2006), “una política de liberación que sólo ata a las personas hacia su transformación en mejores sujetos neoliberales”.

## Referencias

Agamben, G. (2004). Estado de excepción. Buenos Aires: Editorial Adriana Hidalgo.

Albano, S. (2007). Michel Foucault -glosario epistemológico. Buenos Aires: Editorial Quadrata.

Algado, S., Pollard, N., Kronenberg, F. (2007). Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Editorial médica Panamericana.

Baremlitt, G. (2005). Compendio de Análisis Institucional. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Cella, A., Polinelli, S. (2008). Terapeutas Ocupacionales, Nuevos desafíos de Terapia Ocupacional Comunitaria. Madrid: TOG.

Cochrane, R. (1991). La creación social de la enfermedad mental. Buenos Aires: Editorial Nueva visión.

Da Rocha, M. (2008). Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

De Certeau, M. (2000). La invención de lo cotidiano: 1 artes del hacer. México, D.F: Universidad Iberoamericana,

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? Michel Foucault (varios autores). Barcelona: Editorial Gedisa.

Durante, P., Noya, B. (2003). Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica Barcelona: Editorial Masson, S.A.

Foucault, M. P. (1996). La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Editorial Acme S.A.C.I.

Foucault, M. P. (1998); La historia de la sexualidad I: la Voluntad del Saber. México: Siglo XXI editores.

Foucault, M. P. (2000). Defender la Sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. P. (2000). *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Foucault, M. P. (2008). *Seguridad, territorio y población*. Madrid. Ediciones AKAL.
- Gordo, A., Lizana, J. (1996). *Psicologías, Discurso y Poder*. Madrid: Editorial Visor.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del Neoliberalismo*. Madrid: Editorial Akal.
- Jacquard, A. (1996). *Yo acuso a la economía triunfante*. Santiago: Editorial Andrés Bello.
- Jara, S. (2001) *¿Normalidad o Integración?* Santiago, Chile. Fundación Telefónica, División de Organizaciones Sociales: Gobierno de Chile.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional (3ª ed.)*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- Kronenberg, F., Pollard, N., Sakellariou, D. (2009). *A Political Practice of Occupational Therapy*. Oxford: Editorial Elsevier.
- Meyer, M., Wodak, R. (2003). *Métodos de Análisis Crítico del Discurso*. Barcelona: Gedisa Editorial, S.A.