

FORMAR EN LIBERTAD: LA FORMACIÓN COMO PRÁCTICA ÉTICA EN PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Training in Freedom: Education as an Ethical
Practice in Community Psychiatry and
Psychosocial Rehabilitation

Autor: Rafael Sepúlveda.

Psiquiatra, MSP, Doctorando en Antropología y Comunicación (Universitat Rovira i Virgili), Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Facultad de Ciencias Médicas USACH, Facultad de Medicina Universidad Mayor. Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco, Vicepresidente WAPR para las Américas.

Datos de contacto: rafaelsepulveda@uchile.cl



RESUMEN

Las reformas psiquiátricas han transformado los horizontes normativos de la atención en salud mental. La desinstitutionalización, la rehabilitación psicosocial, la recuperación y los enfoques basados en derechos humanos han cuestionado formas tradicionales de comprender la locura y la relación entre profesionales, instituciones y ciudadanía. Sin embargo, la formación de quienes sostienen estas transformaciones ha recibido menor atención.

Objetivo: proponer la formación como dimensión ética de las reformas contemporáneas y analizar desplazamientos observados en residentes de psiquiatría expuestos a experiencias docentes de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial, recuperación y derechos humanos.

Método: artículo de reflexión con análisis cualitativo documental de materiales anonimizados: 13 diarios reflexivos de residentes de tercer año tras una rotación en una Unidad de Rehabilitación Psicosocial y 26 reflexiones comparativas de residentes de primer año al finalizar un curso de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Los documentos fueron analizados mediante lectura temática reflexiva, orientada a identificar transformaciones en la práctica clínica y rol profesional.

Resultados: se identificaron seis desplazamientos: 1) del diagnóstico a la trayectoria vital; 2) de la adherencia a la participación; 3) del riesgo a la ciudadanía; 4) del individuo al territorio; 5) del experto al acompañante; y 6) de la adaptación a la emancipación. Estos muestran que la formación no sólo transmite contenidos, sino que participa en la construcción de subjetividades profesionales compatibles —o incompatibles— con la recuperación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos.

Conclusión: formar en libertad exige ejercer críticamente el conocimiento, reconocer la dignidad de las personas acompañadas y sostener prácticas orientadas por recuperación, ciudadanía y derechos humanos.

Palabras clave: Rehabilitación Psiquiátrica; Recuperación de la Salud Mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Educación de Postgrado en Medicina; Derechos Humanos; Ciudadanía.

ABSTRACT

Psychiatric reforms have transformed the normative horizons of mental health care. Deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, recovery, and human rights-based approaches have challenged traditional ways of understanding madness and the relationship between professionals, institutions, and citizenship. However, the training of those expected to sustain these transformations has received less attention.

Objective: to propose training as an ethical dimension of contemporary reforms and to analyze shifts observed in psychiatry residents exposed to educational experiences in community mental health, psychosocial rehabilitation, recovery, and human rights.

Method: reflective article based on a qualitative documentary analysis of anonymized materials: 13 reflective journals written by third-year residents after a rotation in a Psychosocial Rehabilitation Unit and 26 comparative reflections written by first-year residents at the end of a course on Community Mental Health and Psychiatry. The documents were analyzed through reflexive thematic reading, aimed at identifying transformations in clinical practice and the professional role.

Results: six shifts were identified: 1) from diagnosis to life trajectory; 2) from adherence to participation; 3) from risk to citizenship; 4) from the individual to the territory; 5) from expert to companion; and 6) from adaptation to emancipation. These shifts show that training does not merely transmit content, but participates in the construction of professional subjectivities that are compatible —or incompatible— with recovery, psychosocial rehabilitation, and human rights.

Conclusion: training in freedom requires the critical exercise of knowledge, recognition of the dignity of the people being accompanied, and the sustaining of practices guided by recovery, citizenship, and human rights.

Keywords: Psychiatric Rehabilitation; Mental Health Recovery; Community Mental Health Services; Education, Medical, Graduate; Human Rights; Citizenship

INTRODUCCIÓN

Las reformas psiquiátricas desarrolladas desde la segunda mitad del siglo XX transformaron la forma de comprender la locura, el sufrimiento psíquico y las respuestas institucionales frente a ellos. Desde la experiencia italiana impulsada por Franco Basaglia hasta la Declaración de Caracas y las orientaciones posteriores de la OMS, la OPS y los movimientos de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, se consolidó un horizonte orientado a desplazar la atención desde el hospital psiquiátrico hacia la comunidad, desde la tutela hacia la ciudadanía y desde el control hacia los derechos [1-7].

No obstante, la transformación de dispositivos, leyes y discursos no garantiza por sí sola prácticas compatibles con ese horizonte. La experiencia internacional muestra que relaciones paternalistas, formas de coerción, lecturas biomédicas estrechas y culturas profesionales centradas en el control pueden persistir incluso dentro de servicios formalmente comunitarios [1-7]. Esta constatación vuelve decisiva la pregunta por la formación de quienes sostienen las reformas en la práctica cotidiana.

Durante las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial, la recuperación y los enfoques basados en derechos humanos han ampliado el sentido de la atención en salud mental. El objetivo ya no puede reducirse a la estabilidad clínica o a la adaptación social; debe incorporar autonomía, participación, apoyos, inclusión comunitaria, calidad de vida y proyectos significativos definidos por las propias personas [5,8-13].

Más recientemente, Desviat ha situado esta discusión en el campo de la salud mental colectiva, proponiendo una clínica capaz de integrar subjetividad, determinación social, participación y experticia en primera persona. Desde esta perspectiva, la clínica deja de entenderse como corrección de déficits para orientarse a la construcción de posibilidades y a la emancipación, en diálogo con desarrollos latinoamericanos de la salud colectiva [14-18].

Esta transformación normativa, clínica y política exige revisar la formación psiquiátrica. No basta con añadir contenidos sobre derechos humanos, recuperación o comunidad a currículos tradicionales. Es necesario interrogar qué formas de subjetividad profesional se producen, cómo se aprende a ejercer autoridad, qué saberes se reconocen como legítimos y qué lugar ocupan las personas usuarias en la construcción del cuidado.

Este artículo sostiene que la formación constituye una dimensión ética de las reformas psiquiátricas porque participa en la construcción de profesionales capaces —o incapaces— de traducir recuperación, ciudadanía, rehabilitación psicosocial y derechos humanos en prácticas concretas.

OBJETIVOS

El objetivo general del artículo es proponer la formación como dimensión ética de las reformas psiquiátricas contemporáneas.

De modo específico, busca: situar la formación en el marco de la desinstitutionalización, la salud mental colectiva, la recuperación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos; describir una experiencia docente desarrollada en programas de especialización en psiquiatría de adultos en Chile; y analizar seis desplazamientos observados en materiales reflexivos de residentes expuestos a experiencias formativas comunitarias.

MARCO CONCEPTUAL: REFORMA PSIQUIÁTRICA, RECUPERACIÓN Y FORMACIÓN

Reforma psiquiátrica y salud mental colectiva

Basaglia comprendió tempranamente que el problema no residía sólo en el manicomio como edificio. El manicomio expresaba una forma de organizar relaciones sociales, producir saberes y distribuir poder [1]. Por ello, la desinstitutionalización debía transformar simultáneamente instituciones, prácticas y culturas profesionales [1-3].

La experiencia de Trieste y las discusiones abiertas por la Declaración de Caracas trasladaron esta preocupación al diseño de redes comunitarias en distintos contextos. Sin embargo, la creación de dispositivos comunitarios no elimina automáticamente las lógicas tutelares; estas pueden reaparecer como paternalismo, gestión restrictiva del riesgo o reducción de la persona a su diagnóstico [2-7].

En este punto, la salud mental colectiva aporta un desplazamiento epistemológico y político. El sufrimiento psíquico se comprende en relación con la subjetividad, la determinación social de la salud, las condiciones materiales de existencia y las relaciones de poder. La pregunta clínica deja de ser sólo cómo tratar síntomas y se amplía hacia cómo construir condiciones de vida compatibles con autonomía, participación y ciudadanía [14-18].

Recuperación, rehabilitación psicosocial y derechos humanos

La rehabilitación psicosocial no puede reducirse a una técnica ni a una etapa posterior al tratamiento. Constituye una forma de orientar la práctica hacia proyectos de vida, vínculos sociales, acceso a derechos y participación comunitaria [12,13].

En la misma dirección, la recuperación no equivale necesariamente a remisión sintomática. Anthony, Deegan, Davidson y otros autores la han descrito como un proceso personal y social mediante el cual las personas construyen vidas satisfactorias, esperanzadoras y significativas, aun cuando persistan experiencias de sufrimiento psíquico [8-11].

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refuerza esta exigencia al cuestionar los modelos de sustitución de voluntad y promover autonomía, capacidad jurídica, apoyos, participación e inclusión social [5]. Para la formación, esto implica desplazar la autoridad profesional desde la decisión por otros hacia la construcción compartida de condiciones para el ejercicio efectivo de derechos.

Formación y subjetividad profesional

Freire permite comprender la educación como práctica de libertad y no como simple depósito de contenidos [19]. En salud mental, esta idea resulta especialmente fecunda: formar no consiste sólo en transmitir teorías o técnicas, sino en crear condiciones para problematizar la propia práctica, las instituciones y las relaciones de poder que atraviesan el cuidado.

Esta preocupación dialoga con críticas contemporáneas a la formación psiquiátrica. Pūras ha advertido que los sistemas de salud mental compatibles con derechos humanos encuentran obstáculos en enfoques excesivamente biomédicos y en la medicalización de sufrimientos producidos socialmente [20]. Ortiz Lobo y Colina, desde perspectivas afines, han cuestionado la reducción de la formación a competencias diagnósticas y farmacológicas, con escasa atención a historia de vida, ciudadanía, participación y experiencia subjetiva [21,22].

Desde los estudios sobre dispositivos, puede añadirse que la formación transmite modos de mirar, clasificar e intervenir. Las categorías diagnósticas, los protocolos, las fichas, los sistemas de evaluación y las jerarquías institucionales no sólo organizan el trabajo: también modelan aquello que puede ser visto, pensado y realizado [23-25]. Por ello, formar para la recuperación y los derechos humanos exige experiencias que modifiquen la relación con el conocimiento, la autoridad y las personas acompañadas.

MÉTODO

El artículo corresponde a una reflexión académica apoyada en análisis cualitativo documental de materiales pedagógicos anonimizados. La experiencia docente analizada se ha desarrollado durante más de dos décadas en programas universitarios de especialización médica en psiquiatría de adultos en Chile.

Los espacios formativos se orientan a incorporar perspectivas de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial, recuperación, derechos humanos y salud mental colectiva. Su propósito no fue sólo transmitir contenidos, sino problematizar la práctica clínica y favorecer formas de relación profesional coherentes con los principios declarados.

Los dispositivos pedagógicos incluyeron diarios reflexivos, trabajo biográfico, análisis de trayectorias institucionales, etnografía de dispositivos, lectura crítica de políticas públicas, análisis de experiencias de usuarios, trabajo territorial y participación en espacios de rehabilitación psicosocial.

Se analizaron 13 diarios reflexivos elaborados por residentes de tercer año tras completar una rotación en una Unidad de Rehabilitación Psicosocial y 26 reflexiones comparativas elaboradas por residentes de primer año al finalizar un curso anual de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. En estas últimas se solicitó comparar las producciones elaboradas al inicio y al término del curso, utilizando como marco los objetivos de aprendizaje.

Los documentos fueron sometidos a lectura reiterada y análisis temático reflexivo. El análisis buscó identificar transformaciones recurrentes en la comprensión de la práctica psiquiátrica, la rehabilitación psicosocial y la recuperación. No tuvo fines evaluativos individuales. Para proteger la confidencialidad, los fragmentos se presentan anonimizados mediante códigos: R¹ para residentes de primer año y R³ para residentes de tercer año; además, se eliminaron datos personales y detalles clínicos potencialmente identificables.

RESULTADOS: DESPLAZAMIENTOS OBSERVADOS DURANTE LA FORMACIÓN

El análisis permitió identificar seis desplazamientos principales. Se presentan numerados para facilitar la lectura. No deben entenderse como etapas lineales ni como resultados homogéneos, sino como movimientos recurrentes que atraviesan los materiales revisados y que expresan transformaciones en la subjetividad profesional.

1. Del diagnóstico a la trayectoria vital

Uno de los cambios más consistentes corresponde al paso desde una comprensión centrada en el diagnóstico hacia una lectura situada de las trayectorias vitales. En etapas iniciales, los residentes tendían a organizar la comprensión del sufrimiento alrededor de categorías diagnósticas relativamente estables. A medida que avanzaban los procesos formativos, incorporaron dimensiones relacionadas con historia de vida, experiencias traumáticas, relaciones familiares, trayectorias institucionales y condiciones materiales de existencia.

Un residente de tercer año sintetizó este desplazamiento al revisar un caso inicialmente comprendido como depresión resistente: “Comprendí las limitaciones de un enfoque que individualiza y patologiza el sufrimiento, ignorando las dimensiones sociales, económicas y culturales que lo generan” (R³-02). Otro diario describió cómo la exploración de intereses, pérdidas y experiencias de invalidación permitió abandonar una intervención centrada en corregir déficits y construir un vínculo terapéutico más significativo: “al abandonar nuestros supuestos y validar la subjetividad herida del usuario, se generó un vínculo terapéutico que construyó nuevas formas de encontrar soluciones” (R³-03).

Este desplazamiento coincide con la propuesta de la salud mental colectiva, donde el sufrimiento deja de interpretarse exclusivamente como fenómeno individual para situarse en la intersección entre subjetividad, determinación social y contexto histórico [14,16-18].

2. De la adherencia a la participación

Un segundo desplazamiento se relaciona con la comprensión de la relación terapéutica. Las categorías tradicionales de adherencia, cumplimiento o conciencia de enfermedad comenzaron a coexistir con conceptos como participación, autonomía, toma de decisiones compartida y experticia en primera persona.

Una residente de tercer año describió que las actividades observadas en rehabilitación psicosocial mostraban “un trabajo en conjunto, participativo y colaborativo” orientado a generar alternativas para que cada persona pudiera participar de la forma en que se sintiera más cómoda (R³-01). Otra reflexión comparativa sostuvo que el proceso formativo permitió “aprender a ceder poder” y pensar la práctica “más como acompañante que como quien decide todo” (R¹-02).

Este movimiento es coherente con la literatura sobre recuperación, que enfatiza el protagonismo de las personas en la definición de sus propios proyectos de vida [8-11]. También se articula con la CDPD, en la medida en que desplaza la práctica desde la sustitución de voluntad hacia la construcción de apoyos para el ejercicio efectivo de derechos [5].

3. Del riesgo a la ciudadanía

Un tercer desplazamiento aparece en las discusiones relacionadas con psicosis, coerción y hospitalización. Diversos residentes describieron una transformación en la manera de comprender situaciones habitualmente organizadas alrededor del concepto de riesgo. En lugar de pensar exclusivamente en términos de control, estabilización o protección, comenzaron a incorporar preguntas relacionadas con ciudadanía, dignidad y capacidad de decisión.

Una residente cuestionó la insistencia en eliminar experiencias psicóticas cuando estas no constituían un obstáculo para el proyecto de vida de la persona: “¿A quién quiero dejar tranquilo con el tratamiento, a mí o al paciente?” (R³-13). En una reflexión final de primer año, otra residente sostuvo que dejó de comprender “estar bien” como simple compensación, adherencia o ausencia de crisis, al observar que una persona puede seguir escuchando voces y, sin

embargo, trabajar, tener vínculos, organizarse y sentirse parte de algo (R¹-20).

Este desplazamiento no implica negar la existencia de situaciones complejas o riesgos reales. Implica reconocer que la gestión del riesgo no puede transformarse automáticamente en suspensión de derechos ni en reducción de la persona a su peligrosidad potencial [5-7,20].

4. Del individuo al territorio

Otro cambio consistente se relaciona con la comprensión del territorio. En las producciones iniciales, la comunidad aparecía frecuentemente como un contexto relativamente externo a la práctica clínica. Al finalizar los procesos formativos, el territorio comenzó a ser comprendido como una dimensión constitutiva del cuidado.

Un residente de primer año describió este cambio señalando que el contexto dejó de ser una condición de comprensión para transformarse en condición de pertinencia clínica y responsabilidad profesional (R¹-07). Otra reflexión formuló de manera especialmente clara este tránsito: “dejé de ver lo comunitario como algo externo a mi práctica y comencé a pensarlo como parte constitutiva de ella” (R¹-13).

En los diarios de tercer año, esta dimensión apareció también en la observación de dispositivos concretos. Una residente destacó que la rehabilitación psicosocial no debería limitarse a una unidad física, sino integrarse transversalmente en el curso vital y en todos los equipos de salud mental (R³-10). Estos hallazgos coinciden con las formulaciones contemporáneas de la rehabilitación psicosocial, que entienden la inclusión social como una dimensión inseparable de la recuperación [12,13].

5. Del experto al acompañante

Quizás uno de los cambios más profundos corresponde a la transformación de la identidad profesional. Muchos residentes describieron explícitamente un cuestionamiento de la figura tradicional del especialista como experto encargado de diagnosticar, indicar tratamientos y dirigir procesos terapéuticos. En su lugar emergieron formulaciones donde el profesional aparece como acompañante, facilitador de apoyos, participante de redes y colaborador en proyectos definidos junto a los usuarios.

La crítica a la subjetividad heroica desempeñó un papel relevante en este proceso [26]. En distintos diarios, los residentes reconocieron que actuar desde el lugar de héroe o salvador puede anular la agencia de las personas y bloquear el pensamiento colectivo. Uno de ellos formuló este aprendizaje con precisión: “dejar de salvar para empezar a acompañar” (R³-04). Otro señaló que el objetivo era “no asumir un rol salvador sino facilitador: construir redes, habilitar espacios de expresión, fomentar el protagonismo de los usuarios” (R³-01).

Este desplazamiento no supone renunciar al conocimiento especializado. Supone ejercerlo de otro modo: no como monopolio de la decisión, sino como recurso situado dentro de relaciones colaborativas, interdisciplinarias y orientadas por la ciudadanía.

6. De la adaptación a la emancipación

Finalmente, el desplazamiento más cercano a la propuesta de Desviat corresponde al paso desde una lógica de adaptación hacia una orientación progresivamente emancipadora [14,15]. En varios textos la recuperación dejó de ser entendida como retorno a la normalidad o ajuste exitoso a exigencias del entorno. Comenzó a comprenderse como posibilidad de construir vidas significativas, incluso cuando dichas vidas no coincidieran plenamente con ideales normativos dominantes.

Una residente de primer año sostuvo que la recuperación “no es un número, ni un alta, ni un objetivo técnico, sino un proceso humano que se construye en relación con otros y en condiciones concretas de vida” (R¹-02). Otro residente indicó que la clínica debía dejar de administrar el fracaso mediante categorías como mala adherencia y comenzar a registrar qué barreras del servicio y qué ajustes del plan habían sido intentados (R¹-07).

Desde la perspectiva de la salud mental colectiva, este desplazamiento posee una relevancia particular. La clínica deja de entenderse como corrección de déficits para transformarse en construcción de posibilidades [14]. La formación no se limita entonces a enseñar recuperación como concepto; permite experimentar la tensión entre adaptación, ciudadanía y emancipación.

DISCUSIÓN: FORMACIÓN COMO PRÁCTICA ÉTICA, RECUPERACIÓN Y EMANCIPACIÓN

Los hallazgos presentados permiten avanzar más allá de una comprensión pedagógica de la formación. Aunque los desplazamientos observados poseen una dimensión educativa evidente, su relevancia principal no reside en la adquisición de nuevos conocimientos ni en la incorporación de conceptos especializados. Lo que parece estar en juego es una transformación más profunda: una modificación de las formas mediante las cuales los futuros profesionales comprenden el sufrimiento, ejercen autoridad, interpretan la autonomía y construyen relaciones de cuidado.

La pregunta por la formación suele abordarse desde perspectivas curriculares. Los debates se organizan alrededor de competencias, metodologías docentes, contenidos mínimos o resultados de aprendizaje. Sin embargo, cuando se trata de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial y derechos humanos, la cuestión formativa remite a un problema más profundo. No se trata únicamente de qué conocimientos se transmiten, sino de qué formas de relación con otros seres humanos se vuelven posibles [19].

Freire propuso comprender la educación como práctica de libertad [19]. Esta formulación resulta particularmente fecunda para pensar la formación en salud mental. Enseñar no consiste en depositar contenidos en sujetos considerados vacíos, sino en generar condiciones para la problematización crítica de la realidad. El conocimiento deja de aparecer como una verdad externa que debe ser incorporada y pasa a entenderse como una construcción situada que emerge en diálogo con otros y con el mundo.

Las reformas psiquiátricas compartieron, aunque desde tradiciones distintas, una preocupación semejante. Basaglia insistió en que el problema fundamental de la psiquiatría no residía exclusivamente en sus técnicas o tratamientos, sino en las relaciones de poder que organizaban el encuentro entre instituciones, profesionales y personas diagnosticadas [1]. La crítica al manicomio era también una crítica a determinadas formas de producir saber, autoridad y subjetividad [1-3].

Esta preocupación reaparece en los desarrollos recientes de la salud mental colectiva. Desviat sostiene que los límites actuales de las reformas psiquiátricas no pueden comprenderse únicamente como insuficiencias organizacionales. La alternativa no reside sólo en mejores dispositivos o tratamientos más eficaces, sino en la construcción de nuevas formas de comprender subjetividad, participación y determinación social del sufrimiento [14].

Los desplazamientos observados no corresponden únicamente a cambios conceptuales. Constituyen transformaciones en la manera de situarse frente al sufrimiento humano. El paso desde el diagnóstico hacia la trayectoria vital, desde la adherencia hacia la participación o desde el experto hacia el acompañamiento expresa modificaciones en las formas de comprender qué significa ayudar y qué lugar corresponde a quienes solicitan atención.

Desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, este cambio posee importancia fundamental. La rehabilitación no constituye simplemente un conjunto de técnicas destinadas a mejorar el funcionamiento social. Supone una determinada forma de comprender a las personas y su relación con la comunidad. Implica reconocer que quienes experimentan sufrimiento psíquico son portadores de proyectos, preferencias, capacidades y saberes propios. Exige aceptar que la inclusión social no puede producirse unilateralmente desde instituciones o profesionales, sino que debe construirse junto a quienes viven dichas experiencias [12,13].

La recuperación profundiza esta exigencia. Recuperar no significa necesariamente eliminar síntomas ni alcanzar una normalidad predefinida. Significa construir vidas significativas, habitables y coherentes con los propios valores [8-11]. Desde esta perspectiva, la tarea profesional deja de consistir exclusivamente en estabilizar cuadros clínicos. Consiste también en crear condiciones para que las personas puedan ejercer ciudadanía, sostener vínculos, participar socialmente y desarrollar proyectos de vida.

Los materiales sugieren, además, que los procesos formativos no sólo modifican la comprensión de los usuarios. También transforman la comprensión que los propios profesionales tienen de sí mismos. No estamos simplemente frente a procesos de adquisición de competencias. Estamos frente a procesos de construcción de determinadas formas de ser profesional. Se aprende a diagnosticar, pero también se aprende a escuchar. Se aprende a indicar tratamientos, pero también a distribuir poder. Se aprende a gestionar riesgos, pero también a reconocer ciudadanía.

Desde esta perspectiva, la formación aparece como una dimensión estratégica de las reformas psiquiátricas. Las reformas pueden modificar leyes, dispositivos y políticas públicas. Pueden transformar hospitales, crear redes comunitarias o promover nuevos marcos normativos. Sin embargo, si quienes habitan esos espacios continúan comprendiendo el sufrimiento, la autonomía y la ciudadanía desde racionalidades heredadas de modelos tutelares, las transformaciones institucionales encontrarán límites persistentes.

Formar en libertad no constituye simplemente una estrategia pedagógica. Constituye una apuesta ética. Supone reconocer que la recuperación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos no dependen únicamente de nuevos dispositivos o nuevas políticas. Dependen también de la capacidad de las futuras generaciones de profesionales para construir formas de cuidado compatibles con dignidad, participación y vida en comunidad.

IMPLICANCIAS, ALCANCES Y LIMITACIONES

Los hallazgos de este estudio sugieren que la formación constituye una dimensión frecuentemente subestimada de las reformas psiquiátricas contemporáneas. Mientras la literatura ha dedicado considerable atención a procesos de desinstitutionalización, reorganización de servicios, desarrollo de dispositivos comunitarios y reformas normativas, la construcción de subjetividades profesionales necesarias para sostener dichos cambios ha recibido comparativamente menor atención.

La experiencia italiana mostró tempranamente que la transformación institucional no podía reducirse al cierre de hospitales psiquiátricos. Basaglia comprendió que el manicomio era mucho más que una estructura arquitectónica: representaba una forma específica de organizar relaciones sociales, producir saberes y distribuir poder [1]. Sin embargo, la experiencia internacional posterior ha mostrado que la desaparición de instituciones totales no garantiza por sí misma la desaparición de racionalidades tutelares. Formas de paternalismo, coerción o exclusión pueden persistir dentro de dispositivos formalmente comunitarios [2,3,6,7].

Los materiales analizados apuntan en esta dirección. Los residentes describen un proceso progresivo de reconocimiento de categorías, prácticas y formas de relación previamente naturalizadas durante su formación biomédica. La transformación observada no consiste simplemente en aprender nuevos conceptos. Consiste en problematizar formas de comprensión previamente consideradas evidentes.

Las reformas psiquiátricas no transforman únicamente instituciones. Transforman también formas de mirar. Y esas formas de mirar se aprenden. La formación aparece entonces como uno de los lugares donde se decide, en parte, el futuro de los procesos de reforma.

Este punto adquiere relevancia particular cuando se lo pone en diálogo con los enfoques contemporáneos de recuperación y rehabilitación psicosocial. La recuperación ha cuestionado profundamente la idea de que los resultados clínicos puedan definirse exclusivamente desde perspectivas profesionales [8-11]. La pregunta por la estabilidad clínica deja de aparecer como objetivo suficiente y comienza a coexistir con interrogantes relacionadas con inclusión social, vínculos, trabajo, pertenencia comunitaria y sentido de vida.

Este desplazamiento modifica la comprensión misma del éxito terapéutico. La recuperación deja de ser algo que los profesionales producen y se transforma en algo que acompañan. La rehabilitación psicosocial ocupa un lugar central en esta transformación, al insistir en que las dificultades experimentadas por personas con sufrimiento psíquico no pueden comprenderse exclusivamente como consecuencia de síntomas o déficits individuales. Intervienen también barreras sociales, económicas, culturales e institucionales [12,13].

Los materiales analizados muestran una creciente sensibilidad hacia esta dimensión contextual. La comunidad deja de aparecer como recurso complementario para transformarse en condición de posibilidad de la recuperación. El territorio deja de ser escenario para convertirse en parte constitutiva del proceso terapéutico. El trabajo, la vivienda, las redes sociales y la participación comunitaria dejan de ser factores secundarios para convertirse en dimensiones centrales de la práctica clínica.

Este hallazgo dialoga directamente con los desarrollos recientes de la salud mental colectiva. Desviat ha planteado que la alternativa a las limitaciones actuales de las reformas psiquiátricas no puede encontrarse únicamente en mejores dispositivos o tratamientos más sofisticados. Se requiere avanzar hacia formas de atención capaces de integrar subjetividad, determinación social, participación y experticia en primera persona [14]. La noción de clínica participada

resulta particularmente útil para interpretar los desplazamientos observados, porque permite comprender la clínica como construcción compartida de posibilidades y no sólo como intervención ejercida sobre sujetos pasivos [14,15].

La formación aparece entonces como un espacio privilegiado para producir estas transformaciones. Los diarios reflexivos y las comparaciones elaboradas por residentes muestran que el aprendizaje más significativo no consiste necesariamente en incorporar nuevos contenidos. Consiste en desarrollar capacidades para revisar críticamente las propias prácticas, reconocer las relaciones de poder presentes en la clínica y cuestionar categorías previamente naturalizadas.

Esta observación coincide con la propuesta freireana de comprender la educación como práctica de libertad [19]. El aprendizaje no aparece como acumulación de conocimientos, sino como transformación de formas de comprensión y acción. Desde esta perspectiva, los procesos formativos analizados pueden entenderse como experiencias de producción de subjetividad profesional: no forman únicamente especialistas; forman determinadas maneras de ser especialista.

El estudio posee limitaciones. Los materiales analizados provienen de experiencias formativas situadas, vinculadas a programas específicos de formación en Chile, y no pretenden representar la totalidad de la formación psiquiátrica. Además, el análisis fue desarrollado desde una posición docente implicada, lo que constituye simultáneamente una fortaleza —por la densidad del conocimiento situado— y una limitación —por el riesgo de interpretar los materiales desde los objetivos pedagógicos del propio curso. Por ello, los resultados deben comprenderse como hipótesis interpretativas y no como generalizaciones empíricas.

Aun así, los hallazgos poseen implicancias relevantes para la formación futura de especialistas. Si las reformas psiquiátricas aspiran a consolidar prácticas coherentes con recuperación, rehabilitación psicosocial y derechos humanos, parece insuficiente limitar los procesos formativos a la transmisión de contenidos teóricos o competencias técnicas. Resulta igualmente necesario generar espacios capaces de favorecer la reflexión crítica, trabajo sobre la propia práctica, revisión de relaciones de poder y análisis de las condiciones sociales e institucionales que producen sufrimiento.

CONCLUSIONES

Las reformas psiquiátricas han transformado profundamente los marcos normativos de la atención en salud mental. La ciudadanía, la recuperación, la participación, la rehabilitación psicosocial y los derechos humanos ocupan hoy un lugar central en los discursos, políticas y programas desarrollados en distintos países. Sin embargo, la consolidación de estos principios depende de algo más que transformaciones organizacionales o normativas. Depende también de las formas mediante las cuales los profesionales aprenden a comprender el sufrimiento, ejercer autoridad y construir cuidado.

A partir del análisis de materiales producidos por residentes de psiquiatría en distintos momentos de su formación, este artículo ha mostrado que los procesos formativos pueden favorecer transformaciones significativas en la manera de comprender la práctica clínica. Los desplazamientos observados —desde el diagnóstico hacia la trayectoria vital, desde la adherencia hacia la participación, desde el riesgo hacia la ciudadanía, desde el individuo hacia el territorio, desde el experto hacia el acompañamiento y desde la adaptación hacia la emancipación— sugieren que la formación participa activamente en la construcción de subjetividades profesionales.

Desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, estos hallazgos poseen una relevancia particular. La recuperación, la inclusión social y la ciudadanía no pueden sostenerse únicamente mediante nuevos dispositivos o nuevas normativas. Requieren profesionales capaces de habitar críticamente esos principios y traducirlos en prácticas concretas.

La principal contribución de este trabajo consiste en proponer que la formación debe ser comprendida como una dimensión ética de las reformas psiquiátricas contemporáneas. No porque enseñe ética como contenido, sino porque participa en la producción de formas de relación con otros seres humanos.

Formar en libertad no significa formar profesionales sin referencias técnicas ni institucionales. Significa formar profesionales capaces de ejercer críticamente su conocimiento, reconocer la dignidad de quienes acompañan y sostener prácticas compatibles con recuperación, ciudadanía, rehabilitación psicosocial y derechos humanos. Las reformas psiquiátricas no se juegan únicamente en hospitales, leyes o programas. También se juegan en las formas mediante las cuales aprendemos a cuidar.

DECLARACIONES ÉTICAS Y DE CONFIDENCIALIDAD

Los materiales empíricos utilizados corresponden a producciones pedagógicas elaboradas en el contexto de cursos de formación de residentes. Para este manuscrito fueron tratados de forma anonimizada, sin identificación de residentes, usuarios, familiares ni equipos clínicos. Las viñetas y fragmentos citados fueron seleccionados por su valor analítico y se editaron mínimamente para proteger la confidencialidad, manteniendo su sentido original. El análisis no tuvo fines evaluativos individuales.

REFERENCIAS

1. Basaglia F. La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Barral; 1972.
2. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalización, otra vía. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 1987;7(21):165-187.
3. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an open door-no restraint system of care for recovery and citizenship. J Nerv Ment Dis. 2014;202(6):440-445.
4. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Caracas: OPS; 1990.
5. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.
6. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
7. World Health Organization. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: World Health Organization; 2023.
8. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16(4):11-23.
9. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosoc Rehabil J. 1988;11(4):11-19.
10. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press; 2003.
11. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2008.
12. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
13. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. ¿Qué es la rehabilitación psicosocial? Un mapa para profesionales [Internet]. Madrid: FEARP; 2019 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://fearp.es/que-es-la-rehabilitacion-psicosocial/>
14. Desviat M. De la psiquiatría del fármaco a la salud mental colectiva: subjetividad, emancipación y clínica participada. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2024;44(146):269-284.
15. Desviat M. Capitalismo digital y producción de subjetividad: apuntes para una clínica política de la emancipación [Internet]. Viento Sur. 2026 Abr 13 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://vientosur.info/capitalismo-digital-y-produccion-de-subjetividad-apuntes-para-una-clinica-politica-de-la-emancipacion/>
16. Onocko Campos R, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. 2008;4(2):173-185.
17. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
18. Correa-Urquiza M, Silva T, Belloc M, Martínez-Hernández A. La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. En: Martínez-Hernández A, Masana L, DiGiacomo S, editores. Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Tarragona: Publicacions URV; 2013.
19. Freire P. Pedagogía del oprimido. Montevideo: Tierra Nueva; 1970.

20. Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. Nueva York: Naciones Unidas; 2017.
21. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5; 2013.
22. Colina F. Sobre la locura. Valladolid: Cuatro Ediciones; 2013.
23. Foucault M. Dits et écrits: 1954-1988. Vol. 3. París: Gallimard; 1994.
24. Agamben G. ¿Qué es un dispositivo? Sociológica. 2011;26(73):249-264.
25. Sisto V, Zelaya V. La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. Univ Psychol. 2013;12(4):1345-1354.
26. De la Aldea E, Lewkowicz I. La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Buenos Aires: manuscrito de circulación docente; 2004.