



UNIVERSIDAD FEDERAL DE BAHIA
PROGRAMA DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA



**PRÁCTICAS DISCURSIVAS SOBRE SALUD MENTAL DE PROFESORAS/ES DE
PSICOLOGÍA EN DOS UNIVERSIDADES EN MEDELLÍN, COLOMBIA**

MARICELLY GÓMEZ VARGAS

SALVADOR - BAHÍA – BRASIL

2022

MARICELLY GÓMEZ VARGAS

**PRÁCTICAS DISCURSIVAS SOBRE SALUD MENTAL DE PROFESORAS/ES DE
PSICOLOGÍA EN DOS UNIVERSIDADES EN MEDELLÍN, COLOMBIA**

Tesis de doctorado presentada al Programa de
Posgrado en Psicología como requisito parcial para la
obtención del título de Doctora en Psicología.

Área de concentración: Psicología Social y del
Trabajo.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Lima.

SALVADOR - BAHÍA – BRASIL

2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G633 Gómez Vargas, Maricelly,
Práticas discursivas sobre salud mental de professoras/es de psicología en dos universidades en Medellín, Colombia / Maricelly Gómez Vargas, 2022.

416 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica Lima.

Tesis (doctorado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Salvador, 2022.

1. Psicologia social. 2. Saúde mental 3. Psicólogo – Formação profissional – Colombia.
4. Construcionismo social. I. Lima, Mônica. II. Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 155



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
 Instituto de Psicologia - IPS
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPS/
 MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE SALUD MENTAL DE PROFESORAS DE
 PSICOLOGÍA DE DOS UNIVERSIDADES EN MEDELLÍN, COLOMBIA

Maricelly Gómez Vargas

BANCA EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Mônica Lima de Jesus (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.ª Dr.ª Catalina Betancur Betancur
Universidad CES

Prof.ª Dr.ª Dora Maria Hernández
Universidade de Antioquia - UdeA

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes
Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño Orozco
Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB

Salvador, 05 de dezembro de 2022.

Dou fé.

gov.br
 Documento assinado digitalmente
 MÔNICA LIMA DE JESUS
 Data: 07/12/2022 18:24:47-0300
 Verifique em: <https://verificador.br.br>

Prof.ª Dr.ª Mônica Lima de Jesus

Agradecimientos

A las diosas, orixás, fuerzas invisibles, naturaleza, seres de luz, y a todo lo que representa lo superior a la vida humana, porque algo muy inmenso tuvo que contribuir a este milagro de venir hasta Brasil, conocer Salvador de Bahía y allí encontrarme con personas increíbles y conocimientos invaluable sobre la cotidianidad, las relaciones y la academia.

A Mônica Lima (Molije) y demás colegas del Laboratorio de Estudios Vinculares en Salud Mental (LEV) de la Universidad Federal de Bahía, Brasil; y a los miembros del grupo Laicos en la Universidad Autónoma de Barcelona, España.

A la Organización de Estados Americanos y a la Coordinación de la Formación del Personal del Nivel Superior, CAPES.

A mis amistades en Brasil y en Colombia.

A mi familia.

Y un reconocimiento especial a mis colegas de las dos universidades en Medellín.

Resumen

En esta tesis de doctorado nos propusimos comprender las prácticas discursivas sobre salud mental de profesoras/es de psicología de dos universidades de Medellín, Colombia, con miras a defender que la salud mental es un eje transversal a toda la psicología y no exclusiva de una especialidad, por ejemplo, de la psicología clínica. Esto no quiere decir que la salud mental sea propia a la psicología, se trata de un fenómeno amplio, al que ya muchos saberes han contribuido, pero que discursivamente en psicología requiere de algunas aclaraciones.

Cuestionamos la asociación que reduce salud mental a psicopatología y describimos algunos de los efectos que el uso de este discurso provoca en la vida concreta, entre ellos, el que se ejemplifica con la decisión del Ministerio de Educación de Colombia que exige a los pregrados de psicología un nivel de prácticas clínicas obligatorias bajo el modelo de supervisión propio de la medicina, es decir, de una práctica individual en consultorio y centrada en la enfermedad. Vemos aquí un problema, pues se está reforzando en la formación en psicología el *statu quo* del discurso de la enfermedad y el individualista, confundiendo así clínica con psicoterapia.

Entendemos que clínica, en su acepción de método según Lightner Witmer, tiene que ver con la comprensión general del ser humano no necesariamente desde una perspectiva patológica; y la psicoterapia la concebimos como un tratamiento especializado que exigiría un nivel de posgrado o de formación continuada y supervisada. No obstante, reconocemos que la práctica psicoterapéutica, tal como ha sido interpretada en su matiz principalmente intrapsicológico, conduce a la exclusión social, pues sabemos que no todos pueden acceder a ella, sin que eso implique que deba desaparecer. Por tanto, dichas prácticas “clínicas” orientadas exclusivamente bajo el modelo de supervisión, que por protocolo es el mismo que se aplica a la práctica médica

y sus diversas especialidades, estaría propiciando la consolidación de una hegemonía que venía siendo minimizada gracias a otras conceptualizaciones de salud, entre ellas, la de salud mental colectiva. Por otro lado, esa obligatoriedad de lo clínico en su formato de supervisión médica está desconociendo las condiciones precarias a las que se enfrentan estas/os profesionales en el mercado laboral en Colombia, caracterizado por una mayor oferta en psicología de las organizaciones y del trabajo o que las/os obliga a constantes cambios de empleo y, por tanto, de campo aplicado.

Basándonos en el construccionismo social y en la perspectiva de las Prácticas discursivas y producción de sentidos propuesta por Mary Jane Spink, realizamos un taller de modo remoto con 12 docentes que asesoran prácticas en una universidad pública y otra privada en Medellín. Fueron divididos en cuatro grupos de tres personas cada uno. Usamos como estrategias analíticas líneas narrativas, árboles, mapas dialógicos y análisis de asociación de palabras. El uso de estas estrategias permitió profundizar en los matices discursivos, su dinámica, contenido y forma, reiterándose especialmente dos sentidos construidos sobre la salud mental a partir de las prácticas discursivas. El primero alude a las definiciones positivas y negativas de salud mental; la acepción positiva se basó en repertorios como bienestar, espiritualidad, tranquilidad, armonía, y la negativa en síntomas, trastornos, crisis, angustia. El segundo sentido dio protagonismo a los discursos de lo individual y lo social, el cual se ejemplifica con un género discursivo o enunciado típico entre las/os docentes. Este enunciado apareció bajo la forma de una pregunta o recomendación que algunas/os supervisoras/es hacen a sus estudiantes practicantes para ir a terapia a resolver sus dificultades, entendiéndola como una responsabilidad individual.

Discutimos estos dos asuntos a partir de una aproximación que denominamos pragmática/construccionista, definida por Kenneth Gergen como el esclarecimiento de la función

social de los sentidos construidos, es decir, que el uso de las prácticas discursivas tiene consecuencias en la vida cultural. Para avanzar en la reflexión, nos abocamos en la dialogía propuesta por el Círculo de Bajtin, en la cual también se basó Gergen para afirmar que es necesario ampliar el espectro dialógico de los discursos, o sea, reconocer que ante la hegemonía o primacía de una definición -que en el caso de nuestras/os participantes es la definición negativa de la salud mental- es importante mantener una diversidad de voces, y que por tanto no serían sólo las de la psicología clínica a la que tradicionalmente se la ha asociado como la única encargada de la salud mental. La dialogía bajtiniana propone a su vez una ética que consiste en el respeto por la diferencia y en una actitud responsiva, léase responsable, frente a nuestros enunciados en la interacción con las personas.

Concluimos que 1) algunos usos de nuestras prácticas discursivas de salud mental justifican prácticas excluyentes como la psicoterapia a la que tienen acceso expedito personas con mayores ingresos económicos, por eso la necesidad de una ampliación y diversificación del concepto de salud mental para propiciar otras prácticas que faciliten el acceso de otros grupos sociales al acompañamiento psicológico; 2) esta ampliación podría incluirse en el modelo de supervisión de prácticas clínicas que está siendo exigido para las universidades en Colombia y que evitaría volver a una hegemonía del discurso de la enfermedad que reitera en una concepción de individuo en el que recae toda responsabilidad de lo que le pasa. 3) Con la dialogía bajtiniana rescatamos no sólo la importancia de la multiplicidad de voces sobre salud mental o sobre cualquier otra temática, sino que también fundamenta filosóficamente la ruptura entre fronteras disciplinares y discursivas con miras a una comunicación más dialógica y menos dicotómica que tendría impacto en la formación universitaria y en general en la vida social cotidiana. 4) Si los principios dialógicos atravesaran la formación en psicología, es decir, menos regida por la

hiperespecialización y más centrada en fenómenos comunes como el de la salud mental en sus diversas acepciones, estaríamos formando para un mundo laboral que va más allá del tipo de institución o lugar en el que se trabaje y que se ha calificado como “campo aplicado”, relativizando la idea de que la práctica clínica se ubica exclusivamente en el “consultorio” o en el sistema sanitario en donde sólo allí se aborda la salud mental. 5) Finalmente, aclaramos que la salud mental no debe ser el único fenómeno común a la psicología, porque pueden ser también el de la democracia o el de las luchas contra todo tipo de exclusión social; lo fundamental, en términos dialógicos, es compartir propósitos comunes aceptando la diversidad discursiva y de ejercicio profesional, siendo esta nuestra principal contribución al debate, y que sabemos no es aquí en donde acaba.

Palabras clave

Salud mental; formación en psicología; actuación profesional; prácticas discursivas; construccionismo; dialogía.

Resumo

Nesta tese de doutorado nos propusemos a compreender as práticas discursivas sobre saúde mental de professores de psicologia de duas universidades de Medellín, Colômbia, para defender que a saúde mental é um eixo transversal a toda psicologia e não exclusiva de uma especialidade, por exemplo da psicologia clínica. Isso não significa que a saúde mental seja específica da psicologia, é um fenômeno amplo, para o qual muito conhecimento já contribuiu, mas que discursivamente na psicologia requer alguns esclarecimentos.

Questionamos a associação que reduz a saúde mental à psicopatologia e descrevemos alguns dos efeitos que o uso desse discurso provoca na vida concreta, entre eles, o que é exemplificado pela

decisão do Ministério da Educação colombiano que exige a graduação em psicologia nível de práticas clínicas obrigatórias sob o modelo de supervisão da medicina, ou seja, de uma prática individual em consultório e focada na doença. Vemos aqui um problema, pois o status quo do discurso da doença e do individualista está sendo reforçado na formação da psicologia, confundindo clínica com psicoterapia.

Entendemos que a clínica, no sentido de método segundo Lightner Witmer, tem a ver com a compreensão geral do ser humano, não necessariamente sob uma perspectiva patológica; e concebemos a psicoterapia como um tratamento especializado que exigiria um nível de pós-graduação ou formação contínua e supervisionada. No entanto, reconhecemos que a prática psicoterapêutica, como tem sido interpretada em sua nuance principalmente intrapsicológica, leva à exclusão social, pois sabemos que nem todos podem acessá-la, sem que isso implique que ela deva desaparecer. Portanto, essas práticas "clínicas" orientadas exclusivamente sob o modelo de supervisão, que por protocolo é o mesmo que se aplica à prática médica e suas diversas especialidades, estariam promovendo a consolidação de uma hegemonia que havia sido minimizada graças a outras conceituações de saúde, incluindo a saúde mental coletiva. Por outro lado, essa obrigação de uma prática clínica em seu formato de supervisão médica está ignorando as condições precárias que esses profissionais enfrentam no mercado de trabalho colombiano, caracterizado por uma maior oferta em psicologia organizacional e do trabalho ou que os obriga a mudanças constantes de emprego e, portanto, de campo aplicado.

Com base no construcionismo social e na perspectiva de Práticas Discursivas e Produção de Sentido proposta por Mary Jane Spink, realizamos uma oficina remota com 12 professores que orientam práticas em uma universidade pública e privada de Medellín. Eles foram divididos em quatro grupos de três pessoas cada. Utilizamos linhas narrativas, árvores, mapas dialógicos e

análise de associação de palavras como estratégias analíticas. O uso dessas estratégias nos permitiu aprofundar as nuances discursivas, suas dinâmicas, conteúdo e forma, especialmente reiterando dois sentidos construídos sobre a saúde mental a partir das práticas discursivas. A primeira refere-se às definições positivas e negativas de saúde mental; o sentido positivo foi baseado em repertórios como bem-estar, espiritualidade, tranquilidade, harmonia e o negativo em sintomas, transtornos, crises, angústias. A segunda acepção deu destaque aos discursos do individual e do social, o que se exemplifica com um gênero discursivo ou enunciado típico entre professores. Essa afirmação apareceu em forma de pergunta ou recomendação que alguns orientadores solicitarem aos seus alunos estagiários para que fossem à terapia para solucionar suas dificuldades, entendendo-a como uma responsabilidade individual.

Discutimos essas duas questões a partir de uma abordagem que denominamos pragmática/construcionista, definida por Kenneth Gergen como o esclarecimento da função social dos significados construídos, ou seja, que o uso de práticas discursivas tem consequências na vida cultural. Para avançar na reflexão, nos concentramos na dialogia proposta pelo Círculo de Bakhtin, na qual Gergen também se baseou para afirmar que é preciso ampliar o espectro dialógico dos discursos, ou seja, reconhecer que diante da hegemonia ou primazia de uma definição - que no caso de nossos participantes é a definição negativa de saúde mental - é importante manter uma diversidade de vozes e, portanto, não seriam apenas as da psicologia clínica, que tradicionalmente tem sido associada como a única responsável pela saúde mental. A dialogia bakhtiniana, por sua vez, propõe uma ética que consiste no respeito à diferença e em uma atitude responsiva, ou responsável, diante de nossos enunciados na interação com as pessoas.

Concluimos que 1) alguns usos de nossas práticas discursivas de saúde mental justificam a exclusão de práticas como a psicoterapia a que pessoas de maior renda têm pronto acesso, daí a necessidade de uma ampliação e diversificação do conceito de saúde mental para promover outras práticas que facilitem o acesso de outros grupos sociais ao apoio psicológico; 2) essa extensão poderia ser incluída no modelo de supervisão das práticas clínicas que está sendo exigido para as universidades na Colômbia e que evitaria retornar a uma hegemonia do discurso da doença que se reitera em uma concepção do indivíduo em quem toda a responsabilidade é dele. 3) Com a dialogia bakhtiniana resgatamos não apenas a importância da multiplicidade de vozes na saúde mental ou em qualquer outro tema, mas também fundamentamos filosoficamente a ruptura entre fronteiras disciplinares e discursivas com vistas a uma comunicação mais dialógica e menos dicotômica que têm um impacto na educação universitária e, em geral, na vida social cotidiana. 4) Se os princípios dialógicos passassem pela formação em psicologia, ou seja, menos regida pela hiperespecialização e mais voltada para fenômenos comuns como a saúde mental em seus diversos significados, estaríamos formando para um mundo do trabalho que vai além do tipo de instituição ou local onde trabalham e que tem sido descrito como um "campo aplicado", relativizando a ideia de que a prática clínica está localizada exclusivamente no "consultório" ou no sistema de saúde onde a saúde mental é apenas ali abordada. 5) Por fim, esclarecemos que a saúde mental não deve ser o único fenômeno comum à psicologia, pois pode ser também o da democracia ou das lutas contra todo tipo de exclusão social; o fundamental, em termos dialógicos, é compartilhar propósitos comuns aceitando a diversidade discursiva e de prática profissional, sendo esta nossa principal contribuição para o debate, e que sabemos não é onde termina.

Palavras-chave

Saúde mental; formação em psicologia; atuação profissional; práticas discursivas; construcionismo; dialogia

Abstract

In this doctoral thesis we set out to understand the discursive practices on mental health of psychology professors from two universities in Medellín, Colombia, with a view to defending that mental health is a transversal axis to all psychology and not exclusive to one specialty. For example, from clinical psychology. This does not mean that mental health is specific to psychology, it is a broad phenomenon, to which much knowledge has already contributed, but which discursively in psychology requires some clarification.

We question the association that reduces mental health to psychopathology, and we describe some of the effects that the use of this discourse provokes in concrete life, among them, the one that is exemplified by the decision of the Colombian Ministry of Education that requires undergraduate psychology a level of compulsory clinical practices under the supervision model of medicine, that is, of an individual practice in an office and focused on the disease. We see a problem here, because the status quo of the discourse of illness and the individualist is being reinforced in psychology training, thus confusing clinic with psychotherapy.

We understand that clinical, in its meaning of method according to Lightner Witmer, has to do with the general understanding of the human being, not necessarily from a pathological perspective; and we conceive psychotherapy as a specialized treatment that would require a postgraduate level or continuous and supervised training. However, we recognize that psychotherapeutic practice, as it has been interpreted in its mainly intrapsychological nuance, leads to social exclusion, since we know that not everyone can access it, without this implying

that it should disappear. Therefore, these "clinical" practices oriented exclusively under the supervision model, which by protocol is the same as that applied to medical practice and its various specialties, would be promoting the consolidation of a hegemony that had been minimized thanks to other conceptualizations of health, including collective mental health. On the other hand, that clinical obligation in its medical supervision format is ignoring the precarious conditions that these professionals face in the Colombian labor market, characterized by a greater offer in organizational and work psychology or that forces them to constant changes of employment and, therefore, of applied field.

Based on social constructionism and the Discursive Practices and Meaning Production perspective proposed by Mary Jane Spink, we conducted a remote workshop with 12 teachers who advise practices at a public and a private university in Medellín. They were divided into four groups of three people each. We use narrative lines, trees, dialogic maps, and word association analysis as analytical strategies. The use of these strategies allowed us to delve into the discursive nuances, their dynamics, content, and form, especially reiterating two meanings built on mental health from discursive practices. The first refers to the positive and negative definitions of mental health; the positive meaning was based on repertoires such as well-being, spirituality, tranquility, harmony, and the negative on symptoms, disorders, crises, anguish. The second meaning gave prominence to the discourses of the individual and the social, which is exemplified with a discursive genre or typical statement among teachers. This statement appeared in the form of a question or recommendation that some supervisors ask their student interns to go to therapy to solve their difficulties, understanding it as an individual responsibility. We discuss these two issues from an approach that we call pragmatic/constructionist, defined by Kenneth Gergen as the clarification of the social function of the constructed meanings, that is,

that the use of discursive practices has consequences in cultural life. To advance the reflection, we focus on the dialogue proposed by the Circle of Bakhtin, on which Gergen also based himself to affirm that it is necessary to broaden the dialogical spectrum of discourses, that is, to recognize that in the face of the hegemony or primacy of a definition -which in the case of our participants is the negative definition of mental health- it is important to maintain a diversity of voices, and therefore they would not be only those of clinical psychology, which has traditionally been associated as the only person in charge of mental health. The Bakhtinian dialogue in turn proposes an ethic that consists of respect for difference and a responsive attitude, read responsible, in the face of our statements in the interaction with people.

We conclude that 1) some uses of our discursive practices of mental health justify excluding practices such as psychotherapy to which people with higher incomes have ready access, therefore the need for an expansion and diversification of the concept of mental health to promote other practices that facilitate the access of other social groups to psychological support; 2) this extension could be included in the model of supervision of clinical practices that is being demanded for universities in Colombia and that would avoid returning to a hegemony of the discourse of the disease that reiterates in a conception of the individual in whom all responsibility for what falls What happens. 3) With the Bakhtinian dialogue we rescue not only the importance of the multiplicity of voices on mental health or on any other topic, but also philosophically bases the rupture between disciplinary and discursive borders with a view to a more dialogical and less dichotomous communication that would have an impact in university education and in general in everyday social life. 4) If dialogic principles were to go through training in psychology, that is, less governed by hyperspecialization and more focused on common phenomena such as mental health in its various meanings, we would be training for a

world of work that goes beyond the type of institution or place where they work and that has been described as an "applied field", relativizing the idea that clinical practice is located exclusively in the "office" or in the health system where mental health is only addressed there. 5) Finally, we clarify that mental health should not be the only phenomenon common to psychology, because it can also be that of democracy or that of struggles against all kinds of social exclusion; The fundamental thing, in dialogical terms, is to share common purposes accepting discursive diversity and professional practice, this being our main contribution to the debate, and which we know is not where it ends.

Keywords

Mental health; training in psychology; professional acting; discursive practices; constructionism; dialogic.

Tabla de contenido

Introducción	21
Capítulo 1. Consideraciones iniciales	25
Capítulo 2. Problematicación y configuración del campo-tema	31
a. Formación en psicología en Colombia	31
b. El ejercicio profesional en psicología	40
c. Salud, salud mental y psicología.....	47
d. Objetivos	53
Capítulo 3. Referentes epistemológicos y teórico-metodológicos	54
a. El movimiento socioconstruccionista de la psicología social.....	54
b. Prácticas discursivas y producción de sentidos en lo cotidiano.....	60
Capítulo 4. Diseño metodológico	71
a. Participantes	71
b. El taller como principal estrategia para la producción de informaciones	79
c. Proceso y estrategias de análisis del taller	82
d. Reflexiones éticas	85
Capítulo 5. Resultados	90
a. Líneas narrativas: posicionamientos como docentes y profesionales en psicología.....	91
b. Palabras asociadas a salud mental: algunas formas de nombrarla	96
c. Complemento al análisis de las palabras con árboles de asociación: definiciones de salud mental	108
d. Mapas dialógicos: repertorios, género discursivo e interanimación	124
i. Contexto de asesoría de prácticas y efectos de la pandemia por covid-19	125
ii. Fenómenos de salud mental y actuaciones psicológicas	145
iii. Límites y posibilidades de las actuaciones psicológicas en salud mental	167
e. Resumen del encuentro de diálogos de resultados con las/os participantes	174
Capítulo 6. Discusiones/Diálogos	197
Parte I. Aproximación pragmática/construccionista a la expresión salud mental.....	199
a. Discursos de las definiciones positivas y negativas de salud y salud mental	200
b. El discurso individualista y el discurso de lo social en salud mental.....	216

Parte II. Fundamentos de una ampliación del espectro dialógico en salud mental	234
a. Los fundamentos de la dialogía bajtiniana	234
b. ¿Para qué una ampliación del espectro dialógico de salud mental en psicología?	245
Capítulo 7. Consideraciones finales	262
a. Recuento	262
b. Limitaciones del estudio	267
c. Recomendaciones	271
Referencias	274
Anexo 1. Consentimiento informado	293
Anexo 2. Mapas dialógicos	296
Mapa Grupo A	296
Mapa Grupo B	333
Mapa Grupo C	368
Mapa Grupo D	391

Lista de figuras

Ilustración 1. Componentes de las prácticas discursivas.	65
Ilustración 2. Ejemplo de Mapa de uno de los talleres con docentes de la universidad privada de Medellín, Colombia	84
Ilustración 3. Esquema de relaciones entre objetivos de las estrategias de análisis, temas-objetivos de la pesquisa y fases del taller	90
Ilustración 4. Línea narrativa: inicios de la práctica psicológica de las/os participantes	92
Ilustración 5. Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad privada. Grupo A	110
Ilustración 6. Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad privada. Grupo B	113
Ilustración 7. Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad pública. Grupo C	116
Ilustración 8. Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad pública. Grupo C. (Continuación)	117

Ilustración 9. Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad pública. Grupo D	121
Ilustración 10. Repertorios de salud mental de docentes de dos universidades de Medellín, Colombia, analizados en mapas (Parte II)	138
Ilustración 11. Prácticas discursivas de lo que sería un fenómeno de salud mental, según profesoras/es universitarias/os de Medellín, Colombia.	152
Ilustración 12. Fenómenos y actuaciones psicológicas en salud mental según participantes.....	167
Ilustración 13. Limitaciones y posibilidades de la actuación y formación en psicología y salud mental según profesoras/as de universidades de Medellín, Colombia	173
Ilustración 14 . Sentidos de salud mental en docentes de dos universidades de Medellín.	200

Lista de tablas

Tabla 1. Número de pregrados y posgrados en psicología en Colombia.....	32
Tabla 2. Distribución porcentual de psicólogas/os participantes en áreas aplicadas	42
Tabla 3. La salud mental en la ENSM de 2015 en Colombia.....	51
Tabla 4. Participantes docentes de psicología de la universidad privada de Medellín, Colombia	77
Tabla 5. Participantes docentes de psicología de la universidad pública de Medellín, Colombia	78
Tabla 6. Número de páginas y líneas de las transcripciones.....	83
Tabla 7. Identificación de las/os participantes en la actividad Asociación de palabras diferenciadas/os por colores.....	96
Tabla 8. Palabras asociadas a salud mental en talleres con docentes de dos universidades de Medellín, Colombia agrupadas por colores	97
Tabla 9. Categorización de las palabras asociadas a salud mental en talleres con docentes de dos universidades de Medellín, Colombia.....	98
Tabla 10. Relación de categorías con algunos objetivos específicos del proyecto.....	124
Tabla 11. Repertorios de salud mental de docentes de dos universidades de Medellín, Colombia, analizados en mapas (Parte I)	136
Tabla 12 Encuentros de diálogos de resultados con participantes	175
Tabla 13. Expresiones de salud mental en artículos de autoras/es colombianas/os del área de la psicología	209
Tabla 14. Repertorios de salud mental en documentos institucionales.	213

Tabla 15. Planos de emergencia, modos de salud, modelo de abordaje y tipos de individuo y sociedad según Almeida-Filho.....	217
Tabla 16. Caracterización de algunos estudios latinoamericanos sobre inserción/situación laboral de psicólogas/os	247
Tabla 17 Síntesis sobre situación laboral de psicólogas/os en estudio nacional y en una universidad privada en Cali.	251
Tabla 18 Empleabilidad y satisfacción laboral en graduadas/os de Universidad de Costa Rica según Baltodano-Chacón et al. (2021).....	256

Introducción

La nuevalengua estaba pensada no para extender, sino para disminuir el alcance del pensamiento, y dicho propósito se lograba de manera indirecta reduciendo al mínimo el número de palabras disponibles.

George Orwell. 1984. (1949/2019, p. 14).

George Orwell describe en su novela “1984” publicada en 1949 un mundo distópico que gira alrededor del “Gran Hermano”, el ojo vigilante que todo lo ve y controla, y del cual queremos extraer una particularidad relacionada con este trabajo: la *nuevalengua*. En esta sociedad de 1984 no sólo estaba siendo regulada la sexualidad, la alimentación, el sueño, el trabajo, la educación, sino también, y creemos que principalmente, el lenguaje. ¿Y qué mal podía hacer “reducir al mínimo el número de palabras disponibles”?

Pues bien, el estudio de los usos del lenguaje y el análisis de su función social en las culturas se conoce como pragmática. Y es esta la postura analítica que caracteriza nuestra investigación y que hemos denominado “Prácticas discursivas sobre salud mental de profesoras/es de psicología de dos universidades en Medellín, Colombia”. Las prácticas discursivas son las formas como usamos el lenguaje, pero además de su carácter performativo o de escenificación/actuación, también nos interesan sus efectos en las relaciones, tal como lo ejemplifica Orwell a través de su novela. Debemos aclarar que estas prácticas discursivas las delimitamos a docentes de psicología, primero porque en el ámbito de la formación universitaria las/os profesoras/es no solamente transmiten contenidos, sino también discursos; y segundo, porque a la psicología se la ha reconocido en Colombia como una profesión de la salud, según la Ley 1090 de 2006 decretada por el Congreso de la República, área temática que también caracteriza a esta tesis.

Ese calificativo de “profesional de la salud” se ha usado indistintamente con el de “profesional de la salud mental”. Es posible que se deba al deslizamiento discursivo que hay entre salud y salud mental, tal como puede leerse en la trama discursiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desde 1946, en su carta fundacional, define a la salud como completo bienestar mental, físico y social; y décadas después, en 2004, afirma que “Sin salud mental no hay salud” (p. 17). Enteradas de esa discusión terminológica, elegimos mantener el uso de la expresión salud mental sin pretensiones de resolver si se trata o no de un binomio diferenciado, y, en su lugar, centrarnos en los discursos en los que se sustenta y sus funciones pragmáticas.

Cabe añadir que el trasfondo de este análisis, cuyo inicio formal se dio en el 2019 cuando se inicia el doctorado, se caracterizó por la aparición de una posterior pandemia (2020), un estallido social (2021)¹ y unas elecciones presidenciales en Colombia (2022). Dar cuenta de la magnitud de estos fenómenos en su relación con la salud mental como tema central, se escapa a los alcances de esta tesis, pero los mencionaremos aquí porque particularmente el escenario pandémico propició una cantidad considerable de *nuevalengua*, es decir, de términos y prácticas a los que se intentó reducir la salud mental. Por ejemplo, ésta se supeditó a la alimentación saludable, el ejercicio físico, la regulación emocional y la higiene del sueño².

Con lo anterior estamos advirtiendo que un ejercicio académico, como lo es la escritura de una tesis de doctorado, está constantemente permeado por situaciones concretas de la vida. Nosotras como autoras, mi orientadora y yo, no sólo nos percatamos de esos contextos para

¹ Acerca de estas movilizaciones sin precedentes en la historia del país, y que dejaron más de 80 muertes, 91 desapariciones, 4.687 casos de violencia policial, entre otras consecuencias, véase Duarte (2021), Garzón *et al.* (2021) y el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2021).

² Algunas descripciones sobre este tema delimitadas para Colombia pueden revisarse en el capítulo de libro que escribí en 2020 “¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla?” (Gómez, 2020). Y en un artículo de 2021 que hice en coautoría con graduados y estudiantes de psicología titulado “Conceptualizaciones de salud mental y Covid-19: Reflexiones situadas para Colombia” (Gómez *et al.*, 2021).

analizarlos mediante métodos científicos, sino que también fuimos atravesadas por ellos en diversos niveles y profundidades. Fue por eso un enorme desafío abordar una temática sensible en tiempos de tanto sufrimiento y restricciones de los vínculos, contexto más o menos similar a la época de guerra y posguerra que vivió Orwell y que por eso lo retomamos como pre-texto.

Ampliar las “palabras disponibles” en vez de reducirlas, es en lo que se podría resumir esta tesis. Para llegar a esto construimos un hilo argumentativo que se estructuró en siete capítulos:

Capítulo 1. Contempla las consideraciones iniciales sobre la motivación por el tema y los avatares en la redacción, planeación y ejecución del proyecto de doctorado.

Capítulo 2. Abordamos la articulación de los temas centrales de esta tesis -formación en psicología, prácticas profesionales y salud mental- considerando sus aspectos problemáticos en el contexto colombiano.

Capítulo 3. Exponemos los referentes epistemológicos que aluden al movimiento construccionista de la psicología social, en el cual se apoya la perspectiva teórica y metodológica de las Prácticas discursivas y producción de sentidos específica a esta pesquisa.

Capítulo 4. Presentamos el diseño metodológico y la explicitación del proceso de producción y análisis de informaciones, explicamos nuestras elecciones metodológicas, describimos a las/os participantes, y compartimos algunas reflexiones éticas.

Capítulo 5. Es el capítulo de resultados, cuya organización se basa en las estrategias analíticas para promover su visibilidad y profundizar en el análisis de cada componente de las prácticas discursivas.

Capítulo 6. Se trata del capítulo de discusiones/diálogos, denominación más coherente con nuestros referentes epistemológicos y teóricos, en el que se retoman aspectos esenciales de los resultados.

Capítulo 7. En este capítulo de consideraciones finales encontrarán nuestras contribuciones al campo de estudio y sus limitaciones.

Capítulo 1. Consideraciones iniciales

La elección por el tema se remonta a mi formación como psicóloga y a la historia de mi ejercicio académico y profesional. Estudié psicología en la Universidad de Antioquia (UdeA) en Medellín, Colombia, y pronto me inicié en la docencia en el programa de psicología de la misma universidad. Tiempo después decido estudiar la maestría, también en la UdeA, mientras me desempeñaba como psicóloga en una institución que acompañaba adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas y en conflicto con la ley. Después tuve la oportunidad de un contrato de tiempo completo como docente en mi Alma Mater, para asumir la coordinación del Grupo de investigación en el que desde el pregrado había encontrado la posibilidad de problematizar y discutir algunos temas relacionados con la práctica de las/os psicólogas/os, entre ellos destaco proyectos sobre el concepto de la psicoterapia en psicología clínica, las modalidades de intervención clínica, los procesos de evaluación y diagnóstico en contextos universitarios, la identificación de signos faciales, gestuales, proxémicos y posturales en un grupo de estudiantes de colegio, y la evaluación de la competencia parental de personas homosexuales.

Una vez se culmina el tiempo del contrato laboral en UdeA, comienzo a trabajar en la Universidad Católica Luis Amigó. Allí me dedico a dictar unas clases sobre psicoanálisis, ciclo vital y fundamentos de psicología clínica, y posteriormente realizo actividades de investigación y de coordinación de dos programas de posgrados en adicciones. Esta experiencia debo narrarla porque las relaciones que establecí con diferentes personas en ambas universidades, siendo UdeA pública y Luis Amigó privada, me posibilitaron el acceso al contexto elegido como escenario para la producción de informaciones de esta tesis doctoral.

Ahora bien, me gustaría enfatizar en los resultados de mis trabajos de grado del pregrado y de la maestría y que incentivaron las preguntas que orientan esta investigación. En el primero,

junto con mi asesora la profesora Gloria Patricia Peláez Jaramillo, identificamos en la bibliografía las definiciones de psicoterapia en psicología clínica, su historia, teorías, objetivos y técnicas, concluyendo que eran muy estrechas las relaciones de este campo de la psicología con la psiquiatría y el psicoanálisis, siendo la psicopatología el principal elemento para la diferenciación entre las tres disciplinas (Gómez, 2010). Por su parte, en el informe de la maestría, proceso en el que también me acompañó la misma docente, presentamos los tipos de intervenciones llevados a cabo por psicólogos/os clínicos/os según los datos de una muestra bibliográfica y un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas diligenciadas virtualmente por 71 profesionales de esa área residentes en Medellín (Gómez y Peláez, 2015). Destacamos que, pese a la diversidad de actividades posibles en psicología clínica, la psicoterapia seguía siendo la más común, aunque en ocasiones era confundida con la asesoría, la consultoría o la intervención en crisis debido a un vacío en el concepto de psicopatología.

Noten que en ambos trabajos la psicopatología es protagonista porque a ella se reduce su vínculo con la psicología clínica y la psicoterapia, cuestión que se complejiza cuando incluimos el término salud mental, el cual es a su vez reducido a la psicopatología. Ejemplos de este reduccionismo los he encontrado en las universidades en las que he trabajado, especialmente en las voces de docentes y estudiantes que aseguran que la salud mental es responsabilidad “exclusiva” de la psicología clínica porque se encarga de los trastornos y que, por tanto, otras áreas aplicadas nada tendrían que ver con el asunto.

Mi tesis justamente plantea que la salud mental es transversal a todos los campos de la psicología y, para defender esto, decidimos centrarnos en las voces de docentes que asesoran en diversos ámbitos a practicantes en los últimos semestres de la carrera. Hemos privilegiado esta experiencia formativa, porque allí se reproducen y se construyen continuamente múltiples

narrativas sobre salud mental situadas en contextos concretos de personas y comunidades con las que las/os estudiantes tienen contacto. Esto nos permitió aproximarnos a un “lenguaje en uso” o práctica discursiva sobre este tema con efectos directos en la forma como nos relacionamos con los otros.

Sin embargo, debo aclarar que para llegar a la delimitación de ese tema fue necesario un camino que comienza formalmente cuando obtengo una beca de la Organización de los Estados Americanos (OEA) para estudiar en la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Renuncio a mi empleo en Medellín y viajo hacia Salvador, apenas conociendo algunas palabras en portugués. Inicio las clases del doctorado y a medida que aprendo el idioma le empiezo a dar forma a mi proyecto, apoyada en los aportes de los cursos y en el grupo de “desorientandxs” de la profesora Mônica Lima, mi orientadora.

En uno de nuestros encuentros de los viernes, planeamos la construcción de un macroproyecto, que incluiría mi tesis y los trabajos de compañeras de maestría, el cual titulamos “Formação, atuação em psicologia e níveis de atenção à saúde: contribuições da psicologia social construcionista”. Esto fue importante porque mi proyecto se conectó a una línea de trabajo liderada por Mônica, cuyos inicios se remontan a su doctorado culminado en 2005, y que por tanto iban a mantener abierto el debate del tema en interacción con un país vecino.

También el texto fue discutido en el Seminario de cualificación I en el Programa de Posgrado en Psicología de la UFBA, espacio crucial por la lectura y observaciones de la profesora Maria Auxiliadora Ribeiro (Universidad Federal de Alagoas, Brasil) y del profesor Erico Rentería (Universidad del Valle, Colombia). Para ese entonces, octubre del año 2019, habíamos propuesto desarrollar el proyecto en las sedes de Medellín y Manizales de la Universidad Católica Luis Amigó. Cabe añadir que en su momento hablamos de un estudio de

caso, pero luego preferimos no combinarlo con la postura teórica y metodológica de las Prácticas discursivas y producción de sentidos de base construccionista y post-construccionista propuesta por la profesora brasileña Mary Jane Spink y sus colaboradoras/es que describiremos en el Capítulo 3 de Referentes epistemológicos y teórico-metodológicos. Decidimos esto porque el estudio de caso, según Maria Eumelia Galeano (2018), pretende comprender el significado de una experiencia, alejándose de nuestro interés en las prácticas discursivas o lenguaje en uso y la forma como se producen sentidos entre un grupo específico de personas. Método de análisis que fue también revisado en su relación con otras modalidades de análisis de discurso, tal como lo hice durante la estancia predoctoral en la Universidad Autónoma de Barcelona, en el grupo Laicos bajo la dirección del profesor Lupicinio Íñiguez-Rueda.

Considerando que en el Seminario de cualificación I sugirieron la inclusión de otra universidad para diversificar las informaciones, decido junto a mi orientadora incluir a la UdeA. Se justificó este cambio porque serían lugares a los que podría acceder con mayor facilidad gracias a mis anteriores experiencias laborales en ambas instituciones y que habían motivado varias de las preguntas que aquí abordamos. Además, porque cada facultad maneja de distinta forma los procesos de acompañamiento en las prácticas de las/os estudiantes y esto generaría informaciones heterogéneas, de gran valor para el análisis. Otros criterios de esta elección de las universidades están detallados en el Capítulo 4 que describe el diseño metodológico.

Posteriormente nos deparamos con otros desafíos no contemplados en el proyecto inicial. El plan consistía en realizar unos talleres con docentes pertenecientes a las universidades y con profesionales que apoyan a las/os estudiantes practicantes en sus instituciones. Pero justo cuando esto se iba a iniciar se dio la pandemia por covid-19, evaluamos la situación y concluimos que:

Primero: debíamos ajustar el taller a una modalidad virtual.

Segundo: detectamos durante unas observaciones en la facultad privada que sería más viable el acceso a los encuentros virtuales con las/os docentes, quienes tenían sus horarios menos alterados en comparación con las/os profesionales.

Por suerte, no todo fue virtual. Yo volví a Medellín a finales de noviembre de 2019 y entre diciembre de 2019 y febrero de 2020, había iniciado el contacto presencial en las dos universidades. Realicé varias visitas y recurrí a la sistematización de informaciones en un diario de campo cuyo material nos sirvió para registrar algunos datos importantes, entre ellos, que:

- El modelo de prácticas estaba en un proceso de transición en el que se obligaba a todas las universidades colombianas a tener un primer nivel de prácticas clínicas usando el mismo modelo de supervisión médica conocido como docencia-servicio³. Situación que requirió de la revisión de nuevos documentos y la indagación con coordinadoras/es de prácticas y directoras/es de los programas de psicología para entender lo que estaba pasando.
- Identifico que podía asistir a los encuentros de asesorías de prácticas en calidad de visitante para realizar observaciones muy puntuales, puesto que no eran la principal forma de producir las informaciones, y sí una manera de acercarme a las/os docentes que invitaría a los talleres. Para esto obtengo los debidos permisos por parte de las directivas de ambas universidades, quienes ya habían firmado los respectivos consentimientos.

Todo lo anterior representa el dinamismo de este trayecto metodológico que resumimos así:

³ Este tipo de práctica ya estaba reglamentado en el Decreto 2376 de 2010 orientado a los programas de formación de profesionales del área de la salud, pero que no todos los pregrados de psicología se lo apropiaban porque sus objetivos de formación no se ajustaban a una definición del área de la salud médico-centrada.

1. Ya no sería una sola universidad sino dos: la Universidad Católica Luis Amigó y la Universidad de Antioquia.
2. Aunque planteamos inicialmente el uso del estudio de caso, lo omitimos para priorizar el método de las Prácticas discursivas y producción de sentidos.
3. La principal técnica de producción de informaciones que contemplaba el encuentro grupal y cara a cara, se llevó a cabo virtualmente.
4. Entre los dos tipos de participantes definidos en el plan original, nos decidimos por las/os docentes asesoras/es.

Con estos comentarios iniciales se habrán dado cuenta de las motivaciones que dieron lugar a este proceso de investigación y sus modificaciones necesarias a partir de lo que sucedía en las interacciones cotidianas, incluyendo la crisis social y de salud producida por la covid-19. Creemos que conociendo esto desde el principio, la lectura de los siguientes capítulos tendrá mayor sentido.

Capítulo 2. Problematización y configuración del campo-tema

El campo-tema se refiere, según Peter Spink (2003), al carácter procesual de lo que estudiamos y a la confluencia de los intereses personales con el tema -que ya enunciamos en las Consideraciones iniciales- en un continuo devenir sociohistórico en el que se confunden pasado y presente, reconociéndose aquí lo impredecible del ejercicio de la investigación. En este capítulo esbozamos las elaboraciones del proyecto inicial y aquellas que surgieron durante la crisis pandémica por la covid-19 en el 2020, año que coincidió con el desarrollo de los talleres para producir las informaciones. Esta problematización se delimita al contexto colombiano y la ordenamos alrededor de tres asuntos: a) elementos generales sobre la formación en psicología; b) características de las prácticas psicológicas; y c) relaciones entre salud, salud mental y psicología. Finalizamos este capítulo con la pregunta principal y los objetivos de este estudio.

a. Formación en psicología en Colombia

De acuerdo con Julio Ossa y Rebeca Puche (2015), en 1948, fue inaugurado el primer pregrado de psicología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Estos autores diferencian los siguientes períodos propios al desarrollo de la formación en psicología en Colombia: el primero, durante los años 1948 y 1991, se caracterizó por debates, que todavía permanecen, entre representantes de las teorías conductistas, cognitivistas y psicoanalíticas. En el segundo, entre los años 1992 y 2003, el número de programas aumentó de 16 a 98 y se crean los primeros posgrados. Y en el último período, entre 2004 y 2015, el número de pregrados nuevos se estabiliza y los ya creados se consolidan. Podemos agregar que esto que parece un patrón lineal no se mantiene así para el 2022, puesto que a varios programas les niegan el registro calificado, es decir, la autorización del Estado para seguir funcionando, debido al

incumplimiento de un criterio de formación relacionado con las prácticas clínicas y que detallaremos más adelante.

De acuerdo con el Observatorio de Calidad en Educación Superior en Psicología de la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi), consultado en octubre de 2021, hay 136 programas de pregrado y 103 de posgrado. En la tabla 1 los diferenciamos según su adscripción a la universidad pública o privada:

Tabla 1. *Número de pregrados y posgrados en psicología en Colombia*

	UNIVERSIDAD PÚBLICA	UNIVERSIDAD PRIVADA	TOTAL
PREGRADOS	28 ⁴	108	136
POSGRADOS	11	97	108 ⁵

Fuente: Tomado de <https://www.ascofapsi.org.co/observatorio/>

Por su parte, deben entender que en Colombia la educación está regulada por la Ley 30 de 1992, tarea que ya era promovida en el país desde 1968 por el Instituto Colombiano de Fomento a la Educación Superior; este enfoque por el “fomento” cambiará en el año 2000, transformándose en el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES), basándose en el modelo de competencias. En el 2002, la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi) participó en la construcción de la prueba nacional bajo el modelo de competencias, vigente hasta hoy, con algunos cambios realizados en 2009 cuando se decreta la Ley 1324 que estableció parámetros para organizar y transformar el ICFES. Orientadas en esos

⁴ El número corresponde a la cantidad de pregrados que tiene un registro de funcionamiento otorgado por el Ministerio Nacional de Educación. Sin embargo, son en total 17 universidades públicas que ofertan el pregrado de psicología, pero que aquí se repiten porque algunas de ellas tienen el mismo programa en distintas sedes.

⁵ Según el Observatorio de Ascofapsi se distribuyen así: Especialización (52) Maestría (42) Doctorado (14).

lineamientos, Blanca Ballesteros, Dulfay González y Telmo Peña, contando con el aval de Ascofapsi y el ICFES, presentan en 2010 un documento que califican de “preliminar” sobre las competencias profesionales y disciplinares en psicología.

En este texto, luego de delinear un panorama sobre el concepto de competencias y su uso en diversos países del mundo, proponen las siguientes competencias generales para las/os estudiantes de psicología colombianas/os: diseño de programas, evaluación y definición de metas, intervención, comunicación, investigación y seguimiento. Todas ellas son diferenciadas en competencias específicas por área de desempeño laboral, destacando las áreas: clínica y de la salud, educativa, del trabajo y social. Sin embargo, Germán Torres-Escobar (2011) afirma que las competencias todavía están en construcción, ya que no existe un modelo ni estandarizado, ni centrado en las demandas de las comunidades o en el proyecto de vida de los/as estudiantes de esta carrera.

En su intento por responder a esta cuestión, el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic), socializa en 2013 un libro con la clasificación de competencias en las áreas del deporte, jurídica, neurociencias y psicobiología, organizacional y psicología social. Y en 2014 esta misma institución sugiere en otro texto, cuyo fondo dice “en construcción”, las competencias de las/os psicólogas/os en el contexto de la salud, entendiéndolo como cualquier escenario en el que participa la/el psicóloga/o, sin restringirlo al sector sanitario y/o asistencial⁶. Sin duda estas iniciativas que delimitan las competencias para el ejercicio de la psicología se acogen a una pretensión de calidad en la formación; sin embargo, nos preguntamos si ella debe basarse exclusivamente en el modelo de competencias o si son posibles otros enfoques de

⁶ Proponemos diferenciar *área de la salud* como un ámbito amplio en el que la salud es un fenómeno al que contribuyen con sus reflexiones distintos saberes y disciplinas, y que hace parte de la cotidianidad de las personas en sus diversos contextos. *Sector sanitario* se refiere a una parte de la economía que presta servicios en el sistema de salud (público y privado) y por tanto se asocia exclusivamente a ciertos lugares habilitados para ello.

formación en esta área. También nos llama la atención que ninguna de estas cuestiones haya sido levantada por Ascofapsi y Colpsic en sus documentos “preliminares” o en “construcción”.

Por otra parte, esta preocupación por las competencias coincide con algunos estudios colombianos sobre el tema de acuerdo con las opiniones de ciertos grupos específicos, excepto, como verán, de las/os docentes universitarias/os:

- Estudiantes practicantes y graduadas/os (Yáñez y Ortiz, 2015).
- Graduadas/os y empleadores (Uribe *et al.*, 2009).
- Graduadas/os (Ruiz *et al.*, 2008).
- Empleadores (Martínez *et al.*, 2016).
- Estudiantes de último año (Castañeda *et al.*, 2006).

Y así como hicieron Ascofapsi y el ICFES (2010) en diferenciar entre competencias genéricas y específicas, también hay otras clasificaciones, como la de Charria *et al.* (2011), que distinguen las académicas, profesionales y laborales; o las competencias transversales y específicas sugeridas por Colpsic en 2014. Con todo esto lo que queremos mostrar es que la investigación colombiana sobre formación en psicología se ha basado primordialmente en el concepto de competencia, cuyas dificultades son descritas por Juan Diego Lopera (2020), ellas son: contradicción entre una formación humanista y una formación en y por competencias, siendo ésta más instrumental; y las falencias en competencias genéricas de los programas de psicología de acuerdo con las pruebas nacionales. A esto se suma el planteamiento de Torres-Escobar (2011) sobre la falta de reflexiones teóricas y contextuales de los fenómenos sociales en los procesos formativos.

Ante esto último cabría preguntarse si realmente es así, puesto que el Ministerio de Educación Nacional en su Resolución 3461 de 2003, les exige a las universidades flexibilidad en

sus currículos, para que con ello puedan abordar temas coherentes con el contexto social donde se implementa dicho programa. También deben cumplir otras condiciones: que la formación sea generalista y dure máximo cinco años y que el plan de estudios tenga cursos específicos de la formación teórica, tales como historia de la psicología, bases psicobiológicas de la conducta, procesos básicos y superiores, bases socioculturales, psicología evolutiva, individual, social, evaluación y medición y formación investigativa. Además, ese mismo decreto reglamenta que los pregrados deben tener materias para el ejercicio profesional en las áreas clínica y de la salud, educativa, organizacional, social-comunitaria y jurídica; y tener prácticas profesionales de uno o dos años, de acuerdo con los criterios de las universidades. Hasta aquí tenemos dos asuntos: por un lado son diversos los acercamientos a la formación por competencias, y por el otro, el marco normativo les da cierta libertad a las universidades para diseñar sus currículos. Entonces ¿en dónde está el problema?

Pues bien, identificamos dos ejes problemáticos. Primero, que se pierdan de vista los contextos sociales específicos a raíz del excesivo énfasis en la formación por competencias, modelo defendido por el sociólogo suizo Phillippe Perrenoud, profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación en la Universidad de Ginebra, afiliado a la psicología genética de Jean Piaget (Jorge Vaca *et al*, 2015). Cabe anotar que, respecto a este enfoque de las competencias, debe tenerse en cuenta los procesos a él anudados, tal como lo destaca Olga Espinoza (2014) en su análisis crítico de ese discurso. Ellos son:

la masificación de la matrícula, los procesos de mercantilización de la educación superior, la vinculación más estrecha de los programas de formación con las necesidades del mercado laboral, los procesos de internacionalización, la instauración de sistemas de

aseguramiento de la calidad, y la promoción de ‘patrones de respuesta’ a los desafíos educativos globales (p. 149).

También ese modelo de competencias se origina en los llamados “espacios comunes” de Educación Superior que, según Adrián de Garay (2008), se adaptan a la sociedad del conocimiento y al mundo globalizado. De acuerdo con este mismo autor, dichos espacios comunes se han incentivado en la Declaración de Bolonia de 1999 para el desarrollo de un Espacio Europeo de Educación Superior, y también en ese mismo año, en Rio de Janeiro, a partir de la iniciativa de un Espacio Común de Educación Superior entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea. Noten que se trata de un modelo de formación que surge en el contexto europeo y luego impuesto a Latinoamérica al que se opone abiertamente la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología (ALFEPSI) en su libro de 2015 sobre el mismo tema. En la presentación de este libro, el profesor Marco Eduardo Murueta afirma que: “de manera extraña, impersonal, en el ámbito educativo se ha impuesto y se ha posicionado la noción de competencias” (p. 10); concepto que no fue propuesto por los grandes pensadores de la educación, y que en realidad fue retomado de la evaluación de competencias laborales. Por eso Murueta (2015) agrega que “Con ese enfoque, la educación se vuelve solamente “capacitación” y se omite la formación estética, axiológica, dialógica, cooperativa, creadora y con compromiso social” (p. 11).

Resaltamos además que el concepto de competencia promueve la responsabilidad individual del o la estudiante en su propio aprendizaje para adquirir habilidades y capacidades que deben demostrar al final del proceso para responder a las exigencias del mercado laboral, premisa defendida por la Marisa Montero-Curiel (2010). Creemos necesario cuestionar esto para

la formación en psicología en Colombia, así como lo hizo para Brasil Jefferson Bernardes en su tesis de doctorado de 2004, quien identifica en la noción de competencia una posesión individual (tener o no tener) y por tanto una “sobreevaluación del individuo que, simultáneamente, repotencializa los ideales liberales” (p. 31, traducción nuestra), aludiendo a la lógica de mercado.

Esto último coincide con la reflexión de Emilio Moyano y Maria Teresa Juliá (2013) acerca del impacto de la formación de competencias en la formación de psicólogos en Chile; según ellos, la privatización de la educación ha cambiado el rol del estudiante a “cliente”, quien ha pagado o se ha endeudado con el banco para obtener un “servicio” que le promete la inserción laboral: “Así, proceden “naturalmente” con una lógica comercial, ejerciendo su derecho a exigir calidad y retorno de la inversión” (Moyano y Juliá, 2013, p. 22). En síntesis, este primer problema devela la paradoja de un modelo de formación en competencias individualizante supuestamente para ajustarnos a la demanda de un sistema social y económico que no ofrece las condiciones para una vida laboral digna.

El segundo problema, propio a la formación en psicología y derivado de lo anteriormente mencionado, es que las competencias se pretenden restringir a determinados ámbitos o áreas de la psicología sin considerar las dinámicas y fenómenos sociales susceptibles de múltiples aproximaciones teóricas y explicativas; esto lo vemos para Colombia en la disputa por definir a la psicología como una profesión de la salud o de las ciencias sociales. Por ejemplo, el Artículo 1 de la Ley 1090 de 2006 que dictamina el código deontológico de la psicología, señala que “independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud”. Sin embargo, Colpsic ha interpretado esto de dos formas: una de ellas aparece en la sección de preguntas frecuentes de la página web⁷ en la

⁷ <https://www.colpsic.org.co/tribunales/preguntas-frecuentes/>

que asegura que sólo las/os psicólogas/os clínicas/os y de la salud son las/os únicas/os profesionales de la salud y las/os demás pertenecen a las ciencias sociales y humanas. Y la otra fue sugerida en el texto de 2014 sobre las competencias de estas/os profesionales en el contexto de la salud defendiendo que las/os psicólogas/os cuentan con competencias para el cuidado en salud en cualquier escenario, contexto y población.

Cabe añadir que la Ley 1090 se basa en la definición de salud como un fenómeno biopsicosocial, alejándose de una visión psicopatológica de la salud que tendría lugar exclusivo en el sector sanitario. Y es en este punto en el que intuimos un eje central del problema, invisibilizado por el afán en las competencias que demarcan una excesiva especialización en la formación psicológica en detrimento de las comprensiones inter y multidisciplinares de los fenómenos propios a nuestros contextos sociales.

¿Cómo evidenciamos este debate de la psicología en relación con la salud en la actualidad? Específicamente en lo que sucede a partir del 2019, cuando varias universidades al solicitar la renovación del registro de funcionamiento de sus programas de psicología se encuentran con que la Subdirección de Aseguramiento de la Calidad del Ministerio de Educación Nacional, en un documento de 2018, les exige un primer nivel de prácticas con énfasis clínico para todas/os las/os estudiantes. Esto en otras palabras indica que el Ministerio retoma lo que dice la Ley 1090 de 2006 sobre la psicología como profesión de la salud, para aplicarles el decreto 2376 de 2010 que regula la formación de profesionales del área de la salud - léase, sistema sanitario o consultorio particular habilitado -; y, por tanto, ajustar las prácticas clínicas en psicología exclusivamente al modelo docencia-servicio, propio de la medicina y disciplinas afines y centrado en la enfermedad.

Lo anterior podría suscitar varias discusiones, pero especialmente queremos detenernos en las críticas sobre el tema que hacen María Rocío Acosta *et al.*, en un documento de 2018, representando a la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi):

La inclusión de los servicios en psicología clínica, de la salud y neuropsicología como un servicio de salud lleva a la adopción de las regulaciones desarrolladas para estos y para la formación del talento humano que los presta. Sin embargo, estas regulaciones no consideran las particularidades de los procesos formativos en psicología y se pretende homogenizarlas con otras profesiones que tienen práctica desde muy temprano en la formación y que se ejerce principalmente en escenarios clínicos (p.2).

Además de este llamado para evitar la homogenización de la formación en psicología a imagen y semejanza de la medicina, las autoras sugieren:

el diseño de un modelo de anexo técnico que responda al desarrollo de las prácticas profesionales en *psicología clínica, de la salud y neuropsicología* en escenarios no clínicos como instituciones educativas, ONG,s, entidades gubernamentales, entre otros, de forma tal que se garanticen las condiciones de calidad para la formación y se permita seguir prestando servicios a la comunidad (p. 12, negrita y cursiva en el original).

Todo lo anterior se sintetiza en lo siguiente: 1) cuando se dice que la psicología es del área de la salud, implica ubicarla en el campo de la medicina que incentiva la apertura de servicios psicológicos al interior de las universidades, sin posibilidad de inclusión en el sistema

de salud que en Colombia es tercerizado y precario; 2) la exigencia de unas prácticas clínicas bajo el modelo docencia-servicio se sustenta en la noción de salud como enfermedad, principalmente de corte individual; 3) la clínica se asocia con atención individual en consultorio para diagnosticar y tratar psicopatologías, obviando los modelos comunitarios de promoción y prevención; 4) finalmente es de esta manera que la salud se entiende como enfermedad susceptible del abordaje mediante la práctica clínica reducida a su versión de tratamiento psicoterapéutico.

Ponemos sobre la mesa este debate de la aparente responsabilidad que recae en cierto tipo de psicóloga/o, porque no sólo tiene efectos en el ámbito de la formación universitaria, sino también a nivel de las prácticas profesionales y, por tanto, en las comunidades que acompañamos. Nos inquieta lo siguiente: 1) ¿cuáles pueden ser las consecuencias de obligar a las universidades a usar para las prácticas una perspectiva formativa del modelo médico centrado en la enfermedad que reduce la clínica psicológica a la atención individual y al diagnóstico patológico?; 2) ¿cuáles son las pretensiones de formar en esas “competencias” en clínica?; 3) y ¿para cuál tipo de sociedad? Para avanzar en esta problematización, introducimos otros elementos que amplían esta configuración del campo-tema (Peter Spink, 2003).

b. El ejercicio profesional en psicología

Además de ser ciencia, la psicología es una profesión ejercida en diversos contextos y áreas de aplicación. Para Lighthner Witmer (1907), ambas, ciencia y profesión, tienen en común la contribución a la sociedad en el sentido amplio de resolver problemas de personas, comunidades e instituciones. Desde esta perspectiva, Witmer propondrá en 1896 a la Asociación Americana de Psicología (APA) un esquema de trabajo utilizando el método clínico, centrado en

las dificultades y habilidades de los niños o de otros tipos de población en la corte juvenil o en las calles, pues la psicología clínica no sólo tiene relación con la medicina, sino también con la sociología y la pedagogía. En esa misma época, también en los Estados Unidos, surgieron iniciativas para el establecimiento de la psicología aplicada en las áreas de la educación, el trabajo y la salud y la medición de las diferencias individuales y la inteligencia, según estudios de María Arias, Francisco Fernández y Salvador Perona (2000) y más recientemente por Catriel Fierro (2018). Por su parte, José Arana, Juan Meilán y Enrique Pérez (2006) entienden que estas divisiones de la ciencia básica y la ciencia aplicada tienen más el propósito de organizar la disciplina.

En el caso de Colombia, el Colegio Colombiano de Psicólogos publica en su página web una lista con 17 campos profesionales, combinando allí las áreas aplicadas como la psicología escolar, de las organizaciones o del deporte, con las temáticas de investigación relacionadas con la psicología del ciclo de vida, los procesos psicológicos básicos y la historia de la psicología, lo cual podría ser confuso para quien no está familiarizada/o con el tema. Por eso insistimos en la función de esa división, y aclaramos que las áreas aplicadas van más allá de su ubicación en su lugar específico, tal como lo identificamos en el estudio “Condiciones sociodemográficas, educativas, laborales y salariales del psicólogo colombiano” realizado por Diego Castrillón *et al.* (2012), y avalado por Colpsic. Esta investigación analizó datos de una encuesta en 2010 con una muestra de 4.576 psicólogas/os, de las/os cuales el 64.3% trabajaba en ese momento y el resto tenía actividades diferentes a la psicología. Presentaron una distribución de profesionales en estas áreas aplicadas, destacándose la organizacional, la clínica y la educativa, tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. *Distribución porcentual de psicólogas/os participantes en áreas aplicadas*

Psi Organizaciones y del trabajo	30,60%
Psi Clínica	20,50%
Psi educativa	15,90%
Psi Social/comunitaria	14,70%
Psi de la salud	5,70%
Psi Jurídica	2,60%

Fuente: Castrillón, et al. (2012).

En comunicación por correo electrónico con Colpsic el 9 de agosto de 2019 solicitamos información actualizada de esta distribución, pero no obtuvimos respuesta. Aclaremos también que tampoco contamos con datos de la forma como se desempeña la/el psicóloga/o en el sistema de salud colombiano. Por ahora logramos identificar, en el estudio de Castrillón *et al.* (2012) las actividades realizadas y tipos de contratación laboral. Sus resultados indican que el 33% trabaja en recursos humanos, el 24.8% en la enseñanza, el 19.3% se dedican a la consultoría, el 14.4% tienen actividades administrativas y 13.3% investigan. Agregan que, en términos contractuales, el 44.5% de las/os participantes tienen contratos de prestación de servicios o por hora laborada.

Estas condiciones de trabajo no son profundizadas en la pesquisa, pero sí develan que muchas/os de las/os encuestadas/os, para obtener una renta digna, que no consiguen con contratos por hora labor, deben aceptar varios contratos simultáneos con estas características: a veces no tienen relación con su formación, son de empresas de distinta naturaleza, y les obliga a desempeñarse en nuevas funciones (Castrillón *et al.*, 2012). Esta diversidad entre el área de aplicación, el lugar de trabajo, el tipo de empresa y la contratación, demuestran que el desempeño en un campo aplicado no siempre coincide con el ideal teórico que determina la función de cada área, ni con las realidades del entorno o con el interés de estas/os profesionales,

por eso nos preguntamos cuáles serían las consecuencias de todo esto en la vida personal de ellas/os y en su ejercicio profesional.

Por otra parte, la investigación colombiana acerca de las prácticas psicológicas se basa principalmente en el concepto de competencia laboral, asemejándose a lo que ya problematizamos sobre las competencias en la formación en psicología. Se suma a este énfasis temático la preferencia por el uso de instrumentos para recoger datos numéricos y analizarlos estadísticamente, tal como lo describen Víctor Charria *et al.* (2011). De estas pesquisas, destacamos la de Ana Uribe *et al.* (2009), quienes identifican que más de la mitad de sus participantes, graduadas/os de una universidad privada de Cali, valoran la sólida formación en teorías clínicas para ejercer su práctica profesional, independiente del área donde laboran. Según esto, el conocimiento de las teorías clínicas se constituye en una competencia para el desempeño en cualquier ámbito profesional.

No obstante, otras pesquisas revisadas por Charria *et al.* (2011) han revelado que las/os profesionales sienten poca preparación para el trabajo, poniendo en cuestión la formación universitaria y su modelo basado en competencias. Para abordar esto, nos debemos remitir de nuevo a Colpsic, puesto que sus documentos de 2013 y 2014, previamente citados, se constituyen en referentes institucionales que pueden ser tenidos en cuenta por las universidades para el diseño de los planes de estudio, o por las personas formadas en esta carrera para orientarse en su labor profesional.

Primero nos vamos a detener en el texto de 2013, en el que se listan las competencias en las áreas del deporte, jurídica, neurociencias y psicobiología, de las organizaciones y psicología social, diferenciando para esta última, psicología ambiental, comunitaria y política. Para estos ámbitos, describen un conjunto de competencias agrupadas en competencias específicas tales

como conocimiento epistemológico y teórico, evaluación, diagnóstico e intervención; y competencias generales asociadas con la comunicación interpersonal, la ética y el desarrollo profesional. Lo que llama la atención es que, aunque a cada tipo de competencia le asocian unas determinadas actividades de intervención, no queda claro cuáles son los objetivos y técnicas propias de cada una de ellas. Por ejemplo, el texto indica que las/os psicólogas/os deben tener las competencias para proporcionar asesoría y consultoría, sin hacer una diferencia entre ellas o definir para cuáles fenómenos serían más apropiadas. Con esto no pretendemos que se publique un exhaustivo manual de cómo ejercer la psicología, sólo nos preguntamos si tal vez las competencias y acciones a cada una atribuida carecen de acercamientos comprensivos sobre los fenómenos que nos interesan.

Vamos a ejemplificar lo anterior con el siguiente análisis. Ya vimos que hay algunas contradicciones en diversos documentos de una misma institución que representa al conjunto de psicólogas/os en Colombia. Al ahondar un poco más en el texto de 2014 en el que Colpsic sugiere el perfil y competencias del psicólogo en Colombia en el contexto de la salud, encontramos que la salud mental es concebida como eje transversal a todas las áreas de la psicología y sus interfases con otras profesiones; por tanto, todas/os las/os psicólogas/os en sus diversas áreas profesionales tienen habilidades específicas relacionadas con las siguientes competencias: identificación, evaluación y diagnóstico de problemas, diseño de programas de promoción, prevención e intervención, seguimiento y comunicación de resultados.

Sin embargo, allí no queda claro cómo abordar la salud mental desde una perspectiva psicológica, pues las definiciones privilegiadas son las que han determinado las organizaciones internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), o las leyes decretadas por el gobierno nacional. ¿Cómo se puede contar con unas competencias profesionales y

académicas para aproximarnos al fenómeno de la salud mental del que sólo sabemos definir a partir de referencias institucionales?

En efecto, el debate lo estamos desarrollando a un nivel de los discursos que circulan en documentos de acceso público y que fácilmente se pueden buscar en la web, pero también en la cotidianidad estas incoherencias pueden tener ciertas consecuencias. Lo presenciamos particularmente durante la pandemia por la covid-19 cuando pasados los primeros meses de la crisis sanitaria y social en 2020, y debido al auge del uso de los medios digitales, aparecieron una cantidad de piezas gráficas, guías y recomendaciones, siendo las/os psicólogas/os autoras/es de algunos de esos materiales (Ver <https://coronaviruscolombia.gov.co/> y <https://www.colpsic.org.co/covid/>).

En ellos había principalmente mensajes que explicaban a la población cómo debían comportarse para manejar las emociones, controlar el sueño, alimentarse o en general llevar una vida tranquila. Se añadió a esto la creación de grupos de voluntariados y apertura de líneas telefónicas y de teleorientación integrados por estudiantes en formación o profesionales de la psicología, la psiquiatría y otros de las ciencias sociales y de la salud, para el acompañamiento asistencial en casos de ansiedad y depresión, entre otras problemáticas. Sin duda son todas iniciativas dignas de admiración, pero es curioso que la preocupación por la salud mental produjera dos asuntos: por un lado, fue un fenómeno asociado al rol de la psicología, y por el otro, se orientó principalmente a sus afectaciones, o sea, a los problemas de salud mental.

Ahora bien, el 30 de mayo de 2020, el Doctor Bernardo Useche Aldana, principal representante de Colpsic y su equipo en ese entonces, enviaron una carta al presidente de la República, Iván Duque, para exigirle unas modificaciones a propósito de la participación de las/os psicólogas/os en la atención y apoyo a la crisis sanitaria y social en materia de salud

mental, destacando inicialmente que como institución colegiada había reaccionado rápidamente conformando un equipo de respuesta psicológica al brote de covid-19. Y con esto demostraba que las/os psicólogas/os colombianas/os estaban preparadas/os para responder a las necesidades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental - entiéndase psicopatología o alteración psicológica -.

Todo esto servía como introducción al mensaje principal de la carta, en la que, según Colpsic, se decía que el Gobierno Nacional no había tenido en cuenta la propuesta que hizo el Colegio para la implementación de la Política de Salud Mental en la pandemia de covid-19, denunciando con esto el “pobre reconocimiento del rol de los psicólogos como profesionales de la salud mental antes y durante la pandemia” (p. 2). Agregan también que el gobierno, por medio de la Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia, publicada por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), criticaba sin argumentos apropiados la formación en psicología, sosteniendo lo siguiente:

dado que la mayoría de las instituciones de educación superior establecen el título de psicólogo sin determinar si existe un énfasis clínico en este, las IPS no pueden determinar si la persona contratada cuenta con formación en psicología clínica. Esta limitación en la formación está relacionada con la baja adherencia al tratamiento psicoterapéutico (...) (CONPES, 2020, p. 47).

Esto nos remite de nuevo al reduccionismo que se hace de la salud mental con la psicopatología y de éstas con la psicología clínica. Pero debemos destacar la retórica de ese documento CONPES avalado por el Estado colombiano en el que pretende reconocer que en el

país hay una “oferta sanitaria reducida y desarticulada” (p. 42), especialmente en el área rural, pero consideran más relevante culpabilizar a las/os profesionales del sector salud porque “presentan falencias de formación” (p. 46). De allí que una estrategia para suplir esa dificultad sea implementar desde el primer semestre del 2021 “el servicio social obligatorio y práctica clínica para profesionales de psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y especializada, incluyendo especialistas en neurología y en psiquiatría” (CONPES, 2020, p. 56). Hasta hoy, octubre de 2022, no se cuenta con datos al respecto.

Entonces la desarticulación del sistema sanitario que debe ser fortalecido por las políticas estatales, recae como responsabilidad en las universidades. Noten que la psicología es reconocida como una profesión de la salud mental cuando se la restringe a la práctica clínica de corte psicopatológico, pero al mismo tiempo es ignorada porque el diploma no dice que sean “clínicos”. Por tanto, cabe cuestionarse ¿a quiénes les conviene ese uso reducido de la salud mental como psicopatología con incidencia en la regulación de la formación y prácticas de disciplinas como la psicología? ¿No tiene la salud mental en psicología otros sentidos? Esto lo abordaremos a continuación.

c. Salud, salud mental y psicología

Además de esta doble identidad de la psicología como ciencia y profesión, se suma la pertenencia a las ciencias sociales y a las ciencias de la salud e incluso a las ciencias naturales. A cada una de esas grandes áreas es posible vincularle un ámbito de la psicología: psicología social, psicología clínica y de la salud, y psicobiología, respectivamente. Pero la complejidad de la psicología en sus diversas ramas permite que cada uno de sus campos de acción transversalice estos tipos de ciencia, de hecho, porque estas ciencias también tienen sus conexiones entre ellas.

Por ejemplo, la salud humana no se puede entender o intervenir sin analizar su condición cultural, histórica y socialmente situada, incluido el desarrollo y características biológicas de las personas en los entornos naturales que la rodean.

Sin embargo, identificamos que pertenecer a una u otra de esas ciencias puede generar algunas controversias. ¿En dónde está ubicada la salud? o ¿qué es lo que caracteriza una identidad profesional de tipo social? Con estas cuestiones problematizamos la relación entre psicología y salud mental en el contexto colombiano, y la concepción arraigada de una salud mental en su única versión psicopatológica y que parece tener sólo lugar en el sector sanitario, y, por extensión, en lo que vimos en el apartado anterior sobre ser “profesional de la salud”.

Iniciamos este debate analizando algunas referencias institucionales y de investigación que orientan la conceptualización de la salud mental en Colombia. En primera instancia vamos a retomar la directriz internacional que ofrece la OMS en una guía de 2010 para la intervención de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicoactivas⁸, dirigida a las/os profesionales que no son “altamente especializados”. La guía se justifica básicamente porque hay una brecha en el acceso a los servicios de salud mental, es decir, que no hay psiquiatras o neurólogos suficientes que puedan atender a la población. Aquí vemos una idea de salud mental equivalente a trastorno, cuya responsabilidad en la atención debe compartirse con otras categorías profesionales. Pero es cuestionable esa equivalencia salud mental y trastorno si retomamos la denuncia que, en un artículo de 2008, los autores Marino Pérez y José Fernández hacen sobre la recepción de casos que no son “verdaderos trastornos” en la Atención Primaria en los sistemas sanitarios, particularmente de España. Y con esto tenemos otro sentido de la salud mental, que ellos van a calificar de “problemas de la vida”.

⁸ Mental Health Gap Action Programme MhGap que traduce Programa de acción para reducir las brechas en salud mental.

Ante esto surge la inquietud por el modo como la OMS comprende la salud mental en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), pues en sus definiciones evidenciamos una historia particular con incidencia en las políticas de algunos gobiernos, entre ellos el de Colombia. Todo parece comenzar cuando una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, se crea, en 1949, el Comité de Expertos en Higiene Mental, adscrito a la recién formalizada Organización Mundial de la Salud. El grupo de profesionales que allí participaban eran en su mayoría médicos y en su segundo encuentro en Ginebra, entre el 11 y el 16 de septiembre de 1950, acuerdan que la salud mental es la capacidad para establecer relaciones sociales armoniosas, para modificar el entorno físico y obtener satisfacción integrada y equilibrada de los instintos. Agregan que la salud mental “implica además que un individuo ha desarrollado su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades” (OMS, 1950, p. 2).

Pues bien, esas afirmaciones de hace más de 70 años son parafraseadas, mas no citadas, en la Ley de salud mental 1616 reglamentada por el Congreso de la República de Colombia en 2013, que define en su artículo 3° a la salud mental:

como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Con estas definiciones queremos exponer las otras versiones de la salud mental en sus sentidos de “relaciones armoniosas o significativas”, y de “despliegue de recursos o realización de potencialidades”, diferentes al énfasis recurrente en los problemas de salud mental y trastorno que ha incentivado la idea de que las/os psicólogas/os como profesionales de la salud mental son aquellas/os que llevan a cabo exclusivamente una práctica clínica en el sector sanitario. Puede ser bastante criticable que esta Ley de salud mental en Colombia reproduzca un discurso institucional formalizado desde 1950 y fundado en intereses políticos de la época, tal como lo señala Lopera (2015), pero lo que queremos destacar es que no hay allí una alusión a la psicopatología, a la que por tradición se la ha asociado (Lopera, 2012; Miranda, 2018). Y esto va a llamar aún más la atención, porque luego aparecerá otro texto que sigue esa misma dirección de una salud mental no únicamente psicopatológica.

Se trata de la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia (ENSM) de 2015 financiada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Allí sugieren que la salud mental es más un espectro, en el sentido de su dinamismo, diferenciando los siguientes términos: primero, la *salud mental* entendida como recursos o posibilidades psicológicas o psicosociales para enfrentar las situaciones de la vida diaria, similar a lo que plantean la Ley 1616 y la OMS; el otro término es *problema de salud mental*, es decir, los problemas como resultantes de las relaciones interpersonales negativas y la incapacidad de cambiar las formas de pensar y actuar; y finalmente están los *trastornos mentales*, síntomas y patologías graves clasificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

De estas tres denominaciones subrayamos la primera porque la sustentan en el siguiente esquema categorial:

Tabla 3. *La salud mental en la ENSM de 2015 en Colombia.*

Estar bien individual y colectivo	Salud mental y sufrimiento emocional
Función ejecutiva, abstracción, memoria de trabajo, empatía, reconocimiento de emociones.	Eventos críticos actuales y en la infancia, y curso de vida.
Apoyos, funcionalidad familiar, participación y confianza.	Violencias.

Fuente: Tomado de ENSM (2015).

No profundizamos en estos elementos pues serán objeto de análisis en el capítulo de Discusiones/diálogos, pero pueden notar en la tabla que salud mental alude a asuntos sociales que trascienden su connotación tradicionalmente patológica e individual, de los cuales se podría ocupar cualquier tipo de profesional en psicología, puesto que son todos conceptos/fenómenos entendidos en su dimensión de proceso mental o relacional. Ahora, ¿por qué la diferencia conceptual de la salud mental entre los documentos institucionales y la concepción reducida a la psicopatología?

Una posible respuesta la extraemos de los estudios que investigadoras/es en psicología llevan a cabo en Colombia. En aquellos que consultamos, prevalecen descripciones de psicopatologías de acuerdo con los manuales de diagnóstico, o se refieren a signos y síntomas. Algunos ejemplos corresponden a investigaciones sobre trastornos de ansiedad y depresión en diferentes poblaciones (De la Ossa *et al.*, 2018; Ramírez-Giraldo *et al.*, 2017; Cardona-Arias *et al.*, 2015); trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Gaitán y Rey-Anacona, 2013; Gaviria *et al.*, 2014); y también sobre conductas como el suicidio (Vianchá *et al.*, 2013; Toro, 2013).

No podemos generalizar esta apreciación para todas/os las/os académicas/os, puesto que pueden existir artículos que aborden la salud mental más allá de la psicopatología, pero sí

queremos aclarar que la consulta en la base de datos Redalyc, que reúne informaciones de otras plataformas, muestra la tendencia criticada, de lo cual se esperaría que las personas que sigan este mismo patrón de búsqueda (salud mental y Colombia restringido para el área de la psicología) obtendrían resultados similares para fundamentar en una u otra medida sus reflexiones y análisis, reforzándose así, en la academia y en el ámbito profesional, un discurso tradicional de la salud mental como objeto único de la práctica clínica con énfasis en un problema psicológico del individuo.

Y aquí vemos otro problema en relación con el uso de la palabra clínica, la cual, en su connotación original de método, propuesta por Lightner Witmer en 1907, puede implementarse en cualquier contexto sin una adscripción exclusiva a un lugar específico, asimilado más frecuentemente al hospital, consultorio o institución prestadora de servicios de salud, es decir, a la medicina. Y si la clínica en psicología se asocia más a un método para comprender e intervenir la salud en su acepción amplia, ¿qué no es clínico en las prácticas psicológicas? Incluso cabe preguntarse, ¿qué no es un fenómeno de salud mental para la psicología?

Con esto no pretendemos desconocer la existencia de unos campos aplicados en psicología, el llamado es a considerar que todos contribuyen a la salud mental, en tanto es un fenómeno que se despliega en las relaciones humanas y en general en la vida en todas sus dimensiones (Martín-Baró, 1984; Hernández, 2020; Villalobos, 2020). Sin embargo, para poder sostener esta tesis de la transversalidad de la salud mental en la psicología, proponemos partir de la pregunta general de esta investigación: ¿cuáles son las prácticas discursivas de las/os docentes universitarias/os sobre salud mental en diferentes ámbitos aplicados de la psicología?

d. Objetivos

Objetivo general

Comprender las prácticas discursivas de profesoras/es de dos universidades colombianas sobre la salud mental en los contextos de la formación y actuación psicológica en diversos ámbitos aplicados.

Objetivos específicos

1. Identificar los términos asociados y definiciones de la salud mental según las/os participantes del estudio.
2. Describir las situaciones y fenómenos de salud mental tal como los vivencian las/os participantes en su cotidiano.
3. Discutir las formas de actuación de las/os participantes frente a las situaciones de salud mental.
4. Reflexionar sobre los acuerdos y desacuerdos de las/os profesoras/es ante los límites y posibilidades de acción de la psicología en la salud mental en los diversos ámbitos aplicados.

Aclaración sobre la transformación de estos objetivos específicos: Tuvimos un primer objetivo que pretendía identificar los modelos explicativos de la salud mental, los desafíos y perspectivas de formación y prácticas psicológicas al respecto de este fenómeno, enfatizando los estudios colombianos. Esto lo eliminamos de este texto, puesto que hizo parte de un estudio bibliográfico del que se derivaron dos artículos en proceso de publicación.

Capítulo 3. Referentes epistemológicos y teórico-metodológicos

En este capítulo presentamos los referentes que orientaron la construcción de esta tesis diferenciando los epistemológicos y los teórico-metodológicos. Los primeros aluden a las posturas del movimiento construccionista que en psicología social se ha caracterizado por una particular forma de comprender la relación entre investigadora-participante y de producir conocimiento. En coherencia con estos principios, exponemos la perspectiva teórica y metodológica desarrollada por la profesora Mary Jane Spink y sus colaboradoras/es denominada Prácticas discursivas y producción de sentidos.

a. El movimiento socioconstruccionista de la psicología social

Jorge Mendoza (2015) afirma que el construccionismo social surge a partir de la crisis de las ciencias sociales durante los años sesenta y setenta del siglo XX, y en la que tendrán lugar diversas disciplinas, tales como la filosofía, la sociología, la lingüística, entre otras. Sin embargo, en este apartado nos centraremos en la descripción de este movimiento en el ámbito de la psicología social, del cual el estadounidense Kenneth Gergen es reconocido como su principal representante (Ibáñez, 2003; Rasera y Japur, 2005; Cañón *et al.*, 2005; Íñiguez-Rueda, 2008; Marra, 2014), aunque también lo han sido los españoles Tomás Ibáñez y Lupicinio Íñiguez-Rueda y la brasileña Mary Jane Spink (Méllo *et al.*, 2007).

En su artículo de 1985, *The social constructionist movement in modern psychology*, Gergen usa la expresión construccionismo social para definirlo como movimiento, destacando con esto su postura crítica frente a los modelos hegemónicos de la ciencia basados en el método experimental y en una idea de conocimiento como reflejo de la realidad o como representación mental. Ibáñez (2003) agrega que previo a esta publicación de Gergen, es decir, los años 70 y

principios de los 80 del siglo XX, el construccionismo social se consolidaba gracias a estos fenómenos:

- El clima intelectual de la época caracterizado por los aportes de Michel Foucault.
- Al segundo giro lingüístico promovido por la Escuela de Oxford.
- Al resurgimiento del pragmatismo gracias a Rychard Rorty.
- Al auge del postestructuralismo.
- Al paradigma de la complejidad.
- Al interés en la discursividad y en los postulados posmodernos.
- Y a la aparición de nuevas prácticas y movimientos sociales, entre ellos el feminista y sus aportes a las formas de comprender el mundo.

Aclara también Ibáñez (2003) que fue un acierto de Gergen usar la expresión *movimiento*, puesto que acentuaba la connotación de un conjunto de teorías todavía en proceso de construcción. De acuerdo con Gergen (1985), quienes se adscriban al movimiento construccionista aceptan, en un nivel metateórico, algunas de las siguientes premisas:

- La experiencia del mundo y el conocimiento sobre este no es producto de procesos inductivos o de la confirmación de hipótesis generales, puesto que, pregunta Gergen: ¿cómo las categorías teóricas pueden reflejar el mundo si ellas han sido definidas por quien investiga? De ahí el llamado del construccionismo a suspender y cuestionar las creencias que han sido naturalizadas o aceptadas como obvias. Gergen ejemplifica esto citando un estudio sobre la construcción social del género y sus variaciones en diversas culturas en las que no se reduce a los términos hombre o mujer. Así, las palabras adquieren su significado según el contexto donde se usan, desafiando con esta premisa las bases objetivas del conocimiento convencional.

- En la postura construccionista las formas de entender el mundo son el resultado de las acciones e intercambios cooperativos entre las personas. Esto apunta a una indagación por las bases culturales e históricas de las múltiples formas de construir el mundo. Lo cual además explicaría por qué las concepciones psicológicas varían de una cultura a otra, entre ellas las emociones, la memoria, la identidad, el self. En últimas, se trata de considerar los orígenes sociales de las concepciones teóricas.
- Las formas de entendimiento de un determinado fenómeno dependen de las vicisitudes en los procesos sociales, entre ellas, las negociaciones, los conflictos, la comunicación, etc. De este modo, una perspectiva acerca de algo puede cambiar al ser cuestionada por una comunidad de interlocutores, aun cuando haya permanecido estable en el tiempo. Por eso, según Gergen, ya no se trata tanto de la validación empírica, sino de los procesos de negociación social, y por eso sugiere la mudanza de una epistemología experimental a una social.
- Gergen también agrega que las explicaciones sobre el mundo son formas de acción social, puesto que están entrelazadas con otras actividades de la vida social, las cuales cuentan con varios patrones sociales. El autor ejemplifica esto indicando que la relación con una persona ansiosa cambiaría si nos diéramos cuenta de que eso fue una imitación intencional de la conducta ansiosa.

También Lupicinio Íñiguez-Rueda (2008) plantea algunos supuestos comunes a la perspectiva construccionista:

1. Antiesencialismo: con esta premisa se defiende que la construcción social de las personas y el mundo es posible por las prácticas sociales, por lo tanto, no existe una naturaleza humana predeterminada.
2. Antirrealismo: se considera que la realidad existe a partir del conocimiento producido colectivamente sobre ella, por eso siempre es relativa.
3. Cuestionamiento continuo de las verdades: las ideas sobre ciertos fenómenos se sitúan como descripciones construidas en un proceso histórico y cultural colectivo para ciertos propósitos. Por lo tanto, las verdades son versiones específicas y siempre negociadas, utilizando el lenguaje como un medio para tal construcción.
4. Determinación cultural e historicidad del conocimiento: las concepciones del mundo y de lo social se dan a partir de los contextos históricos y culturales específicos, su sentido histórico alude a un proceso de nunca acabar, por eso no existe una verdad o un producto último en cualquier tipo de saber, incluyendo el conocimiento científico.
5. El lenguaje, condición de posibilidad: El lenguaje nos permite construir realidades, y al mismo tiempo él es construido socialmente. La performatividad del lenguaje explica que nuestras formas de concebir el mundo se fundan en las interacciones sociales y en nuestra capacidad lingüística para el intercambio con los otros.
6. El conocimiento es una producción social: Las prácticas sociales, entre ellas las prácticas discursivas, son las que dan lugar a todos los tipos de conocimiento, por lo que cada construcción colectiva de un determinado conocimiento propicia una diversidad de acciones sociales o las excluye.
7. Construcción social: decir que se trata de una construcción social no es tan simple si se tienen en cuenta las anteriores premisas. Además, el énfasis que esta expresión impone está en lo

inacabado de los procesos que se dan en las prácticas sociales, y en todo lo que estas pueden generar como nuevas y diferentes maneras de aproximarnos al mundo y a nosotros mismos.

Además de las anteriores premisas, una postura construccionista cuestiona abiertamente dos tradiciones epistemológicas o formas de conocimiento: una exógena para la cual el conocimiento es una representación mental del mundo externo, real y material; y otra endógena que comprende el conocimiento desde la perspectiva de los procesos ubicados dentro de los individuos, en sus organismos, y a veces considerados innatos (Gergen, 1985). En el contexto de este debate, el construccionismo social reivindica el lugar del lenguaje como producción social, como algo que hace la gente en conjunto, es decir, el uso performativo del lenguaje en las relaciones humanas.

De manera sintética, Ibáñez (1994) indica que a nivel ontológico el construccionismo supone que no hay objetos naturales, los objetos existen de manera interdependiente de los sujetos. En el nivel epistemológico, el conocimiento no representa la realidad, ya que no podemos distinguir entre nuestro conocimiento sobre el mundo y el mundo como tal. Y a nivel metodológico, el construccionismo presupone una postura no naturalizante y desesencializante, aceptando radicalmente la naturaleza social del mundo vivido y la historicidad de las prácticas humanas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, cabe introducir también las críticas y limitaciones al movimiento construccionista. Ibáñez (2003) llama la atención de dos aspectos que en un principio le dieron su fortaleza, pero que al mismo tiempo se tornaron en sus principales debilidades. Se refiere al laxismo que podría dar cabida a cualquier cosa en investigación y a una constante confrontación entre las diversas posturas que se autodenominan construccionistas, las cuales provocarían “unas tensiones entre ellas que cuestionan la cohabitación en un mismo

marco teórico y amenazan con hacerlo estallar en islotes inconexos” (p. 159). Y su rápida consolidación generaría una aceptación acrítica por parte de sus simpatizantes, alejándose de la actitud crítica y de permanente cuestionamiento que caracteriza al construccionismo social.

En cuanto a las limitaciones, Ibáñez (2003) aduce que la centralidad en la discursividad ha opacado el interés por el estudio de objetos que no son lingüísticos, como el cuerpo, la tecnología y en general las condiciones materiales de existencia; y que otro reto es el reconocimiento de los alcances políticos de las posturas construccionistas para tener efectos de cambio en las condiciones que afectan y vulneran a tantas personas en nuestros contextos. Estos dos últimos aspectos son también señalados por Amalio Blanco *et al.* (2018), quienes se posicionan desde la perspectiva del realismo crítico de Ignacio Martín-Baró.

Sin embargo, esas limitaciones son analizadas por Íñiguez-Rueda (2008) en lo que él denomina un *paisaje post-construccionista*. Según este autor, las siguientes apuestas vienen a subsanar algunos de los vacíos al interior del construccionismo. En primer lugar, destaca las aportaciones de la Sociología del conocimiento y de la Etnometodología de Harold Garfinkel y su concepto de reflexividad centrada en las prácticas de investigación, promoviendo un aspecto impredecible y circunstancial en esa relación entre quienes investigan y el fenómeno de estudio.

Luego, Íñiguez-Rueda (2008) ve en la Teoría Actor-Red de Bruno Latour, que mejor denominará Teoría Actriz-Red, una propuesta interesante para el construccionismo porque aborda una de sus falencias a propósito de la inclusión de los objetos materiales, rompiendo así con la dicotomía natural/social y humano/no humano. En esta teoría cualquier construcción social puede contar tanto con prácticas discursivas como con objetos, dispositivos, cuerpos, materiales, etc. Las entidades que Bruno Latour llama cuasi-objetos y cuasi-sujetos, son al

mismo tiempo naturales, sociales y discursivas, y sus acciones tienen efectos y configuran redes heterogéneas.

También la epistemología feminista aporta al construccionismo una idea sobre la no neutralidad de quien investiga, denunciando además que la postura objetiva de la ciencia es una construcción masculina, destacando con esto la subjetividad tanto en el sujeto y el objeto como en la relación entre ellos. Finalmente, Íñiguez-Rueda (2008) afirmará que el concepto de performatividad de Judith Butler descrito en su teoría Queer, permite clarificar que la construcción social es inacabable, porque su puesta en escena puede variar una y otra vez en el tiempo, teniendo en cuenta la materialidad en la que se da el proceso de construcción permanente.

Sea bajo la denominación construccionista o post-construccionista, lo que resalta Íñiguez-Rueda es la importancia de mantener la postura crítica y de estar abiertos al encuentro de nuevas formas de comprender el mundo y de cambiarlo para que sea más justo. Acogiéndonos a estos postulados, presentamos a continuación la perspectiva construccionista que hemos elegido como el principal referente teórico y metodológico.

b. Prácticas discursivas y producción de sentidos en lo cotidiano

Antes de abordar los principales elementos conceptuales de esta perspectiva de la psicología social basada en el construccionismo, proponemos dar cuenta de su evolución tal como lo describe su fundadora, la profesora Mary Jane Spink. Nos detenemos en esta descripción, porque consideramos que los conceptos y propuestas metodológicas surgen en un contexto sociocultural específico y es producto de debates académicos a lo largo del tiempo, vale decir, en el sentido de prácticas sociales, detalles a los que para esta oportunidad tuvimos acceso.

En su libro “Psicología social e saúde: prática, saberes e sentidos” (2003), Mary Jean Spink hace el siguiente recuento histórico del grupo de investigación conformado por sus estudiantes de grado, de maestría y doctorado en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo en Brasil:

-En 1988 nace bajo la denominación Núcleo de psicología social y salud.

-En 1992 deciden cambiar su nombre y llamar al grupo Núcleo de estudios sobre las representaciones de salud y enfermedad.

-Finalmente, en el año 2002 se consolida como Núcleo de estudios y pesquisa sobre práticas discursivas y produção de sentidos.

Según ella, mantienen el término Núcleo para enfatizar el proceso de teorización propio al desarrollo del grupo. A partir de 1988, después de volver de su doctorado en la London School of Economics and Political Science en Inglaterra, Spink basó su trabajo en la teoría de la cognición social, en particular en la de la Complejidad cognitiva de Harold Schroder, Michel Driver y Siegfried Streufert. Después, en los años 90 del siglo XX, ella prefiere basarse en la teoría de las representaciones sociales de Denise Jodelet (1989), de la que luego toma distancia, porque no contemplaba al contexto en los análisis de los fenómenos. En esta búsqueda por un marco comprensivo para acercarse a lo cotidiano se da el encuentro con la psicología discursiva, y con la noción de Repertorios Interpretativos definidos por Jonathan Potter y Margaret Wetherell (1987) como elementos para construir versiones de acciones, procesos cognitivos, entre otros fenómenos. Nos detuvimos en esta trayectoria porque de ella se desprende la denominación *Práticas discursivas y produção de sentidos*. De esta noción Mary Jane Spink y Rose Frezza, en un libro colaborativo del Núcleo de pesquisa, editado en 2004 y actualizado en 2013, aclararán que las primeras son los objetos de análisis que permiten comprender cómo se

producen los sentidos. Para entender mejor esta distinción, las abordaremos teóricamente por separado para subrayar de cada una sus principales características, pese a que en la práctica están fuertemente articuladas.

Comenzaremos con la producción de sentidos, que involucra de antemano la pregunta ¿cuál es la definición de sentido en esta perspectiva? Spink y Frezza (2013) sostienen que es una construcción dialógica. Estas autoras aclaran además que se trata de los sentidos producidos en el día a día de las personas, cotidianidad en la que confluyen nuevos y viejos sentidos, de allí que no hablen de deconstrucción sino de *desfamiliarización*. Por otra parte, Mary Jane Spink y Benedito Medrado en otro capítulo de este mismo libro de 2013, señalan que dar sentido al mundo hace parte de la vida en sociedad por ser una práctica social y dialógica, y no una acción interindividual y cognitiva. Spink (2010) aclara que los sentidos pueden estudiarse desde múltiples perspectivas en ciencias sociales y humanas, de allí que en su propuesta la *producción de sentidos* se destaca porque es un proceso de unos actos concretos, denominados prácticas discursivas.

Esta expresión de *prácticas discursivas* es muy relevante porque le otorga a esta perspectiva su sello diferenciador enfocado en el lenguaje en uso o en acción, es decir, en la interacción social (Spink, 2010). Por ejemplo, Spink y Medrado (2013) dirán que con este término se centra la atención en las formas como las personas mediante el uso del lenguaje producen sentidos y se posicionan en las relaciones sociales cotidianas, diferente a la noción de discurso, que alude a otros asuntos, tales como los sistemas lingüísticos o al uso institucionalizado en un determinado dominio de saber, entre ellos, la medicina o la religión. Con esta perspectiva se busca entender “tanto las prácticas discursivas que atraviesan lo cotidiano

(narrativas, argumentaciones y conversaciones, por ejemplo), como los repertorios utilizados en esas producciones discursivas” (Spink y Medrado, 2013, p. 23).

Con esto tenemos que la práctica discursiva es el *lenguaje en uso*, porque hay polisemia y no regularidad, como en el caso del discurso; y que ella es *productora de sentidos*, los cuales requieren de una delimitación de contextualizaciones situadas para dar cuenta de quiénes interactúan y cómo se posicionan en determinado diálogo (Spink y Medrado, 2013; Spink, 2010). La importancia de esto radica en los efectos que tiene romper con lo familiar y las resignificaciones para producir nuevos sentidos por medio de las prácticas discursivas en la vida cotidiana, invitación permanente de quien investiga usando esta perspectiva, tal como lo afirman Spink y Medrado (2013).

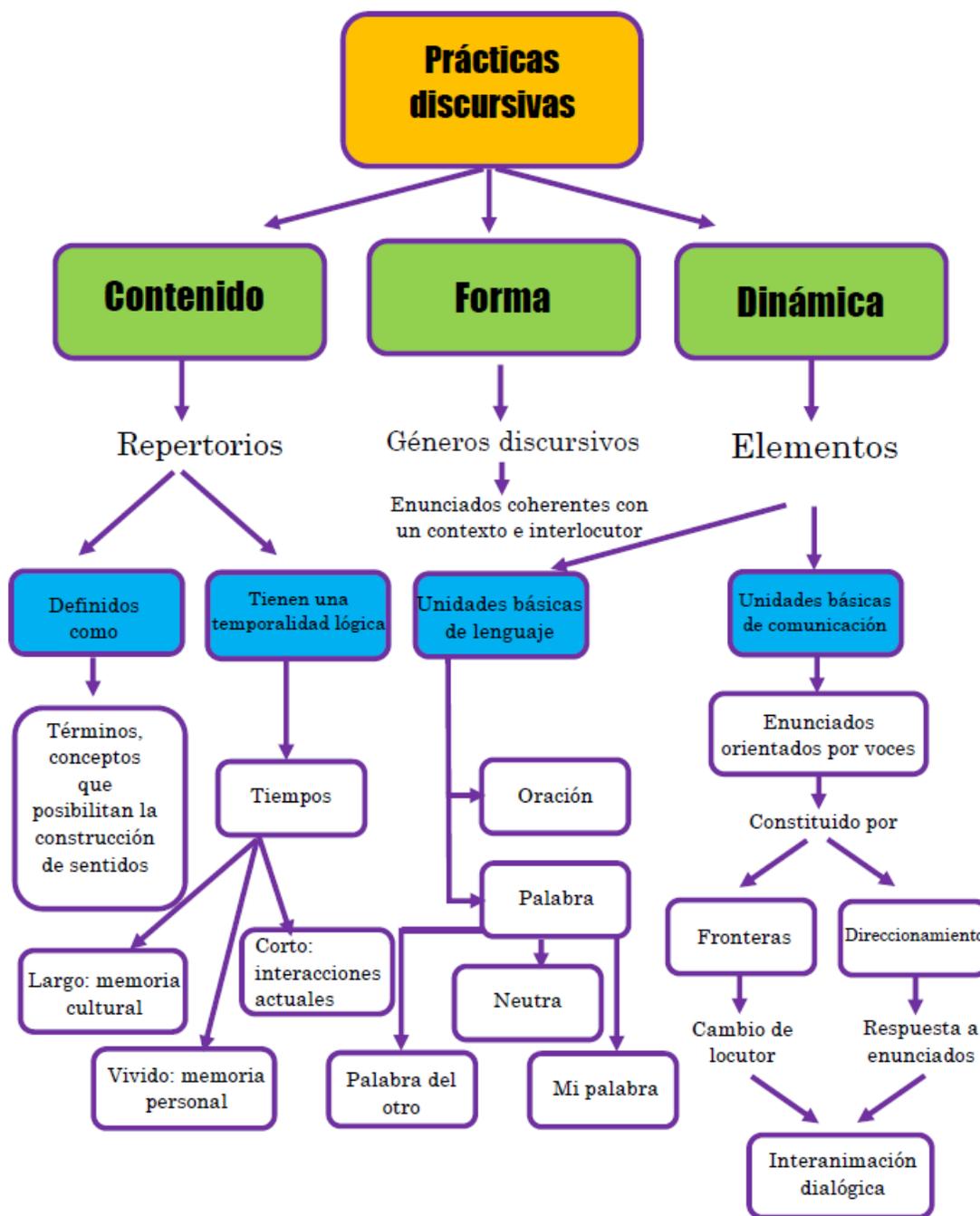
También Spink y Medrado (2013) agregan que las prácticas discursivas tienen tres dimensiones: *lenguaje, historia y persona*. Del primero reiteran que se trata del *lenguaje en uso*, como una práctica social cuyos elementos performativos buscan visibilizar cuándo, con qué intención y de qué manera se usa el lenguaje. En cuanto a la *historia*, Spink y Medrado (2013), basados en Bajtin, señalan que el contexto dialógico de las prácticas discursivas problematiza la noción que se tiene del tiempo, puesto que, en el pasado, el presente y el futuro se da un continuo diálogo entre sentidos nuevos y antiguos. De allí que describan tres tiempos: el tiempo largo o “gran tiempo”, el vivido y el corto. El primero contempla la historia de las ideas, es la memoria cultural; el segundo alude a los momentos de aprendizaje de los repertorios en la familia, la escuela, o el lugar de trabajo, es la memoria personal; y el tiempo corto permite analizar las interacciones donde se producen los sentidos en el aquí y ahora, momento en el que se activan los contenidos de las memorias cultural y personal (Spink, 2010).

Finalmente, la *persona* es una palabra que prefieren usar por su connotación dialógica y relacional, lo cual desde el punto de vista de Spink y Medrado (2013), no lo permiten las nociones de sujeto, objeto o individuo y sociedad. Esta lógica relacional hace que la persona permanezca en negociaciones sociales para el intercambio simbólico que propician la interpersonalidad y el posicionamiento. Este último concepto, según Spink (2010), es postulado por Bronwyn Davies y Rom Harré en 1990, para explicitar que la producción de sentido sólo tiene lugar cuando las personas están interactuando, por eso la posibilidad de un cambio constante en cada diálogo y de las múltiples posiciones identitarias en nuestras prácticas discursivas.

Spink (2010) lo ejemplifica con las posiciones que pueden variar cuando se entrega un currículo en una u otra empresa. También Odette de Godoy Pinheiro (2013) señala que la práctica discursiva se refiere a la acción, y esta acción produce conocimientos o versiones de la realidad construidas colectivamente por las personas que permiten la producción de sentidos. En estas acciones o interacciones cada interlocutor o interlocutora se posiciona de determinada forma, intercambio en el que siempre hay negociación. A partir de todo lo anterior, debe quedar claro que analizar las prácticas discursivas compromete la identificación de las rupturas, las permanencias, los consensos y las diversidades con miras a producir herramientas para la transformación del orden social (Spink y Medrado, 2013).

Ahora bien, es preciso puntualizar los componentes de las prácticas discursivas descritos por Spink (2010) y que sintetizamos en la siguiente ilustración:

Ilustración 1. Componentes de las prácticas discursivas.



Fuente: Elaboración propia (2021) tomado de Spink (2010) y Bajtin (1952-53/1985).

Así, lo que analizamos de las prácticas discursivas son específicamente los *repertorios*, los *géneros discursivos* y la *interanimación dialógica*. Respecto a los repertorios, Wetherell y

Potter en su texto “El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos” (1996) refieren que es preciso tener en cuenta los siguientes conceptos:

- **Función:** supone que con el lenguaje se hacen cosas, tal como lo explican la teoría de los actos de habla y la etnometodología; y que hay unas consecuencias de ese uso del lenguaje. Por ejemplo, las funciones pueden ser explicativas, de disculpa o culpabilización, pero también con efectos ideológicos para legitimar el poder de un grupo social sobre otro. Aclaran que no todo análisis de discurso debe centrarse en la función, pues no siempre son explícitas esas funciones, por eso la importancia del siguiente aspecto.
- **Variabilidad:** Ya que el discurso está orientado hacia unas funciones, o sea, que tiene efectos prácticos, esto provoca una variabilidad lingüística que da cuenta de un uso constructivo del lenguaje. Los hablantes cambian constantemente sus visiones de mundo, siendo algunas de ellas inconsistentes. Aquí la postura ontológica se opone a la idea de un individuo como unidad coherente y consiste.
- **Construcción:** debido a que hay unas funciones del discurso con variaciones lingüísticas, es posible verificar que aquel es usado constructivamente.
- **Repertorios interpretativos:** es una unidad analítica del análisis del discurso y un elemento que los hablantes usan para construir versiones de fenómenos. Wetherell y Potter (1996), en un estudio sobre relaciones raciales en Nueva Zelanda, muestran un ejemplo de repertorios que usaron sus participantes, a veces de modo simultáneo, para referirse a la comunidad indígena Maorí, ellos los categorizaron como: fomento de la cultura que reunía expresiones como estimular, proteger, conservar la cultura Maorí;

realismo pragmático, aludiendo a lo útil, moderno y relevante; y el compañerismo, referido a evitar divisiones y barreras entre las personas debido a su color o cultura.

Sergio Aragaki *et al.* (2014) afirman que los repertorios interpretativos fueron reformulados por Mary Jane Spink en 2004, para denominarlos repertorios lingüísticos o sólo repertorios, enfatizando que ellos son “los términos, las descripciones, los lugares comunes y las figuras de lenguaje que demarcan el rol de posibilidades de la producción de sentido” (p. 229, traducción nuestra). Y aclaran que en el estudio de las prácticas discursivas el análisis de los repertorios puede ser un paso del proceso de pesquisa o su principal y único foco analítico. Por último, Aragaki *et al.* (2014) destacan que los repertorios pueden conformar un glosario cuando circulan en determinados lenguajes sociales, expresión acuñada por el pensador ruso Mijail Bajtin en el que se basa Spink para entenderlos como discursos propios a ciertos grupos sociales, por ejemplo, el de las/os psicólogas/os, las/os médicas/os, las/os adolescentes, etc.

Un ejemplo concreto de repertorios lo desarrolla M. J. Spink *et al.* (2008) a propósito del lenguaje de los riesgos. Identifican tres tradiciones y sus respectivos repertorios:

- Riesgo-peligro: Amenaza, pérdida, suerte, peligro, azar, fortuna, fatalidad, obstáculo, ventura, destino.
- Riesgo-probabilidad: Riesgo, Apuesta, chance, seguro, probabilidad, prevenir, arriesgar.
- Riesgo-aventura: aventura, adrenalina, emoción, radical, extremo, desafío, osadía.

Por otra parte, los géneros discursivos son conceptualizados por Bajtin (1952-53/1985) como las formas genéricas del enunciado coherentes con un contexto social particular. El enunciado es la unidad mínima de sentido de la comunicación discursiva, diferente de las

palabras y las oraciones como unidades del lenguaje. Ellos pueden ser réplicas en un diálogo cotidiano (clasificadas por Bajtin como géneros primarios o simples), o manifestaciones científicas o géneros literarios (géneros secundarios o complejos que retoman enunciados de los géneros primarios, pero alejándose de la realidad cotidiana). En su afán por diferenciar enunciado y oración, Bajtin (1952-53/1985) afirma que:

La oración como unidad de la lengua carece de todos esos atributos: no se delimita por el cambio de los sujetos discursivos, no tiene un contacto inmediato con la realidad (con la situación extraverbal) ni tampoco se relaciona de una manera directa con los enunciados ajenos; no posee una plenitud del sentido ni una capacidad de determinar directamente la postura de respuesta del *otro* hablante, es decir, no provoca una respuesta (p. 263. Cursiva en el original).

En un diálogo cotidiano, la pregunta ¿qué horas son?, es para Bajtin un enunciado porque allí se agotó el sentido, hay una intencionalidad discursiva, y tiene una forma típica de conclusión para provocar una respuesta. Entonces, un género discursivo es la forma de presentación del enunciado. Esta forma es genérica y más o menos estable, es decir, su uso es naturalizado, el cual se caracteriza por lo siguiente: hay una situación concreta de la comunicación, tiene un tema, una composición estilística y hay una entonación expresiva y valorativa. Por eso, puedo elegir expresarme mediante un lenguaje académico, técnico y teórico para hacer la defensa de mi tesis doctoral, o en el escenario de la seducción, usar expresiones cliché, propias a ese momento, aunque puede que no maneje bien este último género discursivo. Otro ejemplo de género discursivo puede ser el que se utiliza en el ámbito militar: “¡sí, mi

capitán!” o “¡todos al ataque!”; o en la correspondencia burocrática que tiene una forma estándar de presentación. Como ven, todos son enunciados típicos coherentes con un contexto.

Noten que los repertorios se refieren a términos o expresiones que pueden propiciar sentidos tan diversos como contextos en donde ellos tienen lugar; mientras que el sentido enmarcado en un género discursivo depende del contexto de producción y de quiénes sean las/os destinatarias/os. No será comprensible, o al menos será incoherente decir “¡todos al ataque!” en medio de una ceremonia religiosa, en la cual, por otra parte, podrá usarse la palabra “ataque” como repertorio para aludir a las acciones del demonio. Por tanto, un género discursivo es mucho más restringido al contexto y grupo social. Debe quedar claro a partir de esta comprensión bajtiniana del enunciado y del género discursivo, que lo que estamos concibiendo en esta tesis como “discurso”, se refiere de manera concreta a los enunciados que están llenos de palabras ajenas escuchadas en los contextos sociales y que no se restringen a su significado de diccionario (palabra neutra).

Continuando con la explicación de los elementos graficados en la ilustración 1, tenemos también la interanimación. Bajtin (1952-53/1985) explica que la dialogía se da a partir tanto de las voces previas al enunciado del hablante (o de quien escribe), como de los enunciados propios dirigidos al otro. Es así como en los enunciados se puede identificar la presencia de varias voces de personas o valoraciones sociales, reacciones de respuesta activa de los *otros* (inmediatos o indefinidos) y ecos dialógicos, que Bajtin califica de heteroglosia⁹. Y su carácter dinámico se produce entre los cambios de locutor (fronteras) y el direccionamiento, o sea, a quien o a quienes son dirigidos los enunciados y sus respectivas respuestas. En palabras de Bajtin (1952-53/1985):

⁹ Según Carranza y Molina-Landeros (2021), la traducción de este término al castellano ha sido problemática. Otras expresiones han sido: heterogeneidad, heterofonía, plurilingüismo.

El objeto del discurso de un hablante, cualquiera que sea el objeto, no llega a tal por primera vez en este enunciado, y el hablante no es el primero que lo aborda. El objeto del discurso, por decirlo así, ya se encuentra hablado, discutido, vislumbrado y valorado de las maneras más diferentes; en él se cruzan, convergen y se bifurcan varios puntos de vista, visiones del mundo, tendencias. (p. 284)

También la interanimación se entiende a partir del concepto de *posicionamiento* propuesto por Davies y Harré (1990), para quienes la variedad de posicionamientos es lo que le da la fuerza constitutiva a las prácticas discursivas. En conclusión, los componentes de las prácticas discursivas, con los cuales producimos sentidos en la cotidianidad, serán nuestros principales objetos de análisis para el logro de los objetivos propuestos en esta tesis. Con este tipo de estudio, centrado en las prácticas discursivas, no negamos la materialidad de las cosas, por el contrario, tal como lo advierten Méllo *et al.*, (2007), buscamos investigar las formas en que tales cosas funcionan en un campo de interacciones y contextos, pues los sentidos son fluidos y los repertorios se ponen en movimiento en procesos dialógicos (Spink, 2010).

Capítulo 4. Diseño metodológico

Este capítulo se constituye en un ejercicio de memoria metodológica para evidenciar el recorrido de este trabajo incluyendo los cambios que ya describimos en las Consideraciones iniciales. Con el ánimo de visibilizar el proceso metodológico, siendo este uno de los principios del rigor científico de la pesquisa cualitativa señalado por Emily Gomes y Mônica Lima (2020), presentamos las descripciones de las/os participantes, las técnicas de producción de informaciones, las estrategias de análisis y unas reflexiones éticas.

a. Participantes

Inicialmente habíamos contemplado a dos grupos de personas: asesoras/es de prácticas de dos universidades en Medellín y profesionales de psicología que acogen a las/os practicantes en sus respectivas instituciones. Considerando que el acceso a estos últimos iba a ser más difícil debido a las alteraciones en sus dinámicas laborales provocadas por la pandemia por la covid-19, decidimos priorizar a las/os docentes, con quienes además ya había cierta familiaridad por mi vinculación en ambas instituciones y esto me facilitaría adelantar el proceso formal de las exigencias éticas.

Los criterios para elegir las/os fueron los siguientes:

- Contar con mínimo un año de experiencia docente en la universidad en la que estaba empleada/o para el momento de la participación en el proyecto.
- Mínimo un semestre académico acompañando el proceso de prácticas.
- Graduada/o en psicología de cualquier universidad.

La elección por docentes asesores o supervisores¹⁰ se justifica porque la práctica es un momento de la formación en donde es más estrecha la relación con estudiantes, distinto a los cursos obligatorios conformados por grupos más grandes. En cambio, la asesoría o supervisión suele ser con una o máximo 12 personas, facilitando la construcción para profundizar en ciertas temáticas, entre ellas, la de la salud mental. Además, las prácticas se constituyen en la transición entre la academia y el mundo laboral, contraste que marca de manera significativa esa relación entre estudiantes y docentes.

Por otra parte, debemos clarificar que la decisión por docentes de universidades de naturaleza diferente en principio obedecía a una posibilidad de contraste que derivara en discursos distintos. Sin embargo, los resultados mostraron que esa tipología no fue relevante en las prácticas discursivas sobre salud mental desde la perspectiva de las/os participantes. Tampoco lo fue que se formaran en uno u otro tipo de facultad, o si ejercían la docencia en cualquiera de ellas. Por su parte, llamó la atención que no fue muy diferente la clase social de las/os estudiantes, puesto que de ellas/os se mencionaron las dificultades económicas que las/os caracterizaban; sin embargo, sobre esos datos no tenemos informaciones ni las buscamos por otros medios, ya que no fue un elemento indagado durante los talleres o en otro momento de la pesquisa. Será el abordaje interseccional un aspecto clave para futuros estudios.

¿Cómo nos acercamos a las/os participantes?

Ahora, vamos a comenzar la descripción de la forma como nos acercamos a estas/os participantes. Iniciemos con la Universidad Católica Luis Amigó. Es una institución privada creada y dirigida desde hace más de treinta años por la Congregación de Religiosos Terciarios

¹⁰ Asesoría o supervisión se usarán aquí indistintamente entendiéndose que se trata de un acompañamiento académico durante el proceso de práctica en cualquier campo aplicado.

Capuchinos. El programa de psicología pertenece a la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, tiene su sede principal en Medellín y también funciona en otras ciudades del país, algunos en modalidad presencial y otros a distancia. Iniciamos los contactos con la Decana de la Facultad y el Director de psicología con sede en Medellín para solicitar las respectivas autorizaciones. Luego de obtener los permisos, nos reunimos con la coordinadora de las prácticas para acordar con ella la socialización del proyecto al equipo de asesoras/es, reunión que realizamos en febrero de 2020, con aproximadamente 14 docentes. Después de revisar los horarios de cada grupo de staff, denominado así por su naturaleza grupal, definimos con cuatro asesoras/es la asistencia a sus salones de clase para llevar a cabo unas observaciones durante ese primer semestre de 2020 en las áreas de clínica, educativa, organizacional y social. Las/os estudiantes se matriculan en un staff según el ámbito de aplicación y en esos grupos pueden coincidir practicantes de alguno de los dos niveles que son obligatorios en el plan de estudios. Las instituciones son elegidas por cada estudiante y allí les deben adjudicar un profesional preferiblemente de psicología que tiene el nombre de “cooperador/a”.

Los grupos que visitamos fueron seleccionados de manera intencional a partir de los horarios en los que coincidíamos con la disponibilidad horaria. De ellos relatamos unas breves descripciones:

- El staff de clínica lo orientaba una profesora mujer, con experiencia en atención individual y el total de siete estudiantes eran también mujeres que realizaban por primera vez una práctica clínica en el recién inaugurado consultorio psicológico de la universidad.
- El grupo de psicología educativa lo dirigía una asesora mujer, y contaba con cinco estudiantes mujeres y un hombre.

- El staff en organizacional estaba a cargo de un profesor que apoyaba a nueve estudiantes, dos de ellos de género masculino.
- El grupo de psicología social lo orientaba un profesor y estaba conformado por tres hombres y tres mujeres.

Cabe aclarar que en los grupos de clínica y organizacional, el campo aplicado se correspondía con un lugar específico donde las/os estudiantes realizaban la práctica, es decir, en un consultorio privado o una empresa; mientras que en educativa y social no siempre coincidía con el tipo de área aplicada. Por ejemplo, en el staff de educativa había estudiantes que no estaban en instituciones educativas sino en una parroquia, o en el staff de social había practicantes en colegios. Esto es importante destacarlo porque tiene que ver con la diferencia entre las funciones y el desempeño propias a un campo aplicado y el lugar en el que esto se lleva a cabo, tal como lo mencionamos en la problematización del Capítulo 1. Acompañamos cuatro sesiones de cada grupo de staff, y decidimos no continuar las observaciones cuando se inicia la pandemia por la covid-19, porque ya se habían obtenido algunas informaciones que ilustraban la dinámica de estos espacios. Además, con las restricciones que evitaban todo encuentro presencial, era necesario iniciar la planeación de los talleres en modalidad virtual.

La experiencia de acercamiento inicial se dio de manera diferente en la UdeA, porque las prácticas funcionan de otra forma. Esta es una universidad pública de más de 200 años de existencia y con sedes en todas las regiones de Antioquia. Luego de obtener la autorización del jefe de psicología y del coordinador de prácticas, enviamos un correo electrónico a una lista de docentes previamente sugeridos por el coordinador, porque el equipo docente lo componen alrededor de 39 personas. Seguimos el mismo criterio de muestreo intencional para acompañar a

cuatro docentes de diferentes ámbitos aplicados. Pero sólo se pudo concretar con dos: una profesora experta en psicología clínica que en ese momento acompañaba a un estudiante cuya práctica era en un colegio, y un profesor de psicología social que asesoraba a una practicante en una Organización No Gubernamental. En esta universidad son tres niveles de prácticas que deben matricularse de la misma manera como cualquier otro curso obligatorio de la malla curricular. Privilegian encuentros individuales de una hora durante las 16 semanas que dura el semestre y adicionan una hora de encuentro grupal cuando la o el docente tienen tres estudiantes y dos horas cuando son cuatro, tal como lo determina el reglamento de prácticas en psicología (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, 2012). También el/la estudiante puede elegir la institución de práctica conocida con el nombre de “agencia”, y alguien del área de psicología debe acompañarlas/os, asumiendo así el rol de “coordinador/a de agencia”.

Este ejercicio de acercamiento inicial fue interesante porque, además del establecimiento de vínculos, pude obtener informaciones sobre la implementación del Decreto 2376 del 1 de julio de 2010 que regula la relación docencia-servicio en el área de formación de profesionales de la salud, asumiéndose que la psicología pertenece a este ámbito según su propio código deontológico formalizado en la ley 1090 de 2006; lo que tuvo como efecto que las prácticas clínicas de los estudiantes de psicología se acogieran a dichos lineamientos.

La Decana de la facultad privada nos informó que debieron ajustar procesos relacionados con el acompañamiento docente, pues la práctica clínica es entendida por el Ministerio bajo la misma lógica de las prácticas en medicina, es decir, que exigen la presencia permanente de una docente en el ámbito donde la/el estudiante desempeña su práctica. Con miras a responder a esa demanda, la Universidad Católica Luis Amigó, decide habilitar unos consultorios psicológicos y

definir horas de dedicación exclusiva de profesoras/es para asumir el modelo de docencia-servicio, disponiendo de más tiempo en comparación con los asesores de otros campos aplicados.

Por su parte, el jefe de la UdeA me explica que el Ministerio de Educación ha ubicado a la psicología en el área de las ciencias humanas y humanidades, pero que al parecer allí hay una persona del ámbito de la salud que retoma la Ley 1090 de 2006 que regula la práctica psicológica en Colombia, y decide exigirle a esta disciplina las mismas obligaciones que tienen las otras carreras que forman profesionales en salud. El argumento de esa decisión se basa en que dicha ley afirma que la psicología pertenece tanto al área de las ciencias sociales, como de la salud. Este jefe relata además que el parágrafo de la ley donde se indica esto último, fue incluido en su momento por un senador para que su esposa, formada como psicóloga, pudiera, gracias a eso, ser la gerente de un hospital.

¿Y qué pasó con los talleres?

Una vez obtenido este material durante el acercamiento inicial, nos dedicamos durante los meses de marzo y junio de 2020 a definir las condiciones del taller en su modalidad virtual, teniendo en cuenta que las restricciones impuestas por la pandemia por covid-19 no iban a terminar tan pronto como la mayoría de nosotras/os esperábamos.

Ahora bien, la decisión por mantener la técnica del taller como principal forma de producir informaciones usando la plataforma de Google Meet, fue discutida con el grupo del Laboratório de estudos vinculares em saúde (LEV) de la Universidad Federal de Bahía, y que incentivó la escritura del artículo “Produção de conhecimento sobre fenômenos psicossociais em tempos de covid-19” bajo la autoría de Danilo Carvalho, Mônica Lima y Maricelly Gómez (2021). En ese texto argumentamos sobre el potencial de la tecnología para la producción de

informaciones, entendiendo que precisamente nuestro enfoque construccionista, incluida allí la postura post-construccionista, considera estos aspectos no humanos en las pesquisas.

Sin olvidar esas orientaciones teóricas, vimos que los elementos no humanos que aparecieron durante los talleres, tal como se evidenció en las videograbaciones, fueron cada uno de los espacios donde el/la participante se encontraba: la casa, la oficina, la calle del barrio, el perro al que paseaba uno de los docentes, los audífonos, la situación de emergencia que una de ellas vivenció porque había una fuga de gas, las alteraciones en la señal de internet que en algunos casos interrumpió la conversación, entre otros.

Como nuestro objetivo era conformar grupos de docentes de diferentes áreas aplicadas de la psicología, elegimos aleatoriamente los nombres de varias personas que representaran cada campo y les enviamos la invitación. Y pensando en las restricciones propias al ambiente digital, decidimos que participaran sólo 3 personas por grupo para garantizar que todas opinaran y lo hiciéramos en el tiempo estimado para ello.

En total fueron 12 participantes distribuidos en cuatro grupos, tal como lo describimos a continuación:

Tabla 4. *Participantes docentes de psicología de la universidad privada de Medellín, Colombia*

Grupo A	Grupo B
Elizabeth ¹¹ Campo: Educativa Graduada de U pública	Linda Campos: Educativa y social Graduada de U privada
Julio Campo: Social Graduado de U pública	Amparo Campo: Clínica Graduada de U pública

¹¹ Los nombres fueron escogidos por las/os participantes.

Juan	Clara
Campos: Organizacional, educativa, social	Campo: Educativa
Graduado de U pública	Graduada de U pública

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tabla 5. *Participantes docentes de psicología de la universidad pública de Medellín, Colombia*

Grupo C	Grupo D
Astrid Campos: Educativa, clínica Graduada de U privada	Naty Campos: Organizacional, educativa, clínica Graduada de U pública
Robinson Campos: Organizacional, educativa, social Graduado de U pública	Helena Campo: Clínica Graduada de U pública
Maria Campos: Social, clínica Graduada de U pública	Hernán Campo: Educativa y clínica Graduado de U privada

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Estos son los datos de la fecha y duración de cada encuentro realizados en 2020:

Grupo A, 2 de junio: 1:51:33

Grupo B, 25 de noviembre: 1:42:08

Grupo C, 19 de agosto: 1:16:25

Grupo D, 19 de agosto: 2:03:47

Los dos grupos de la Luis Amigó comparten unas características importantes, por ejemplo, hay entre ellas/os mayor interacción porque han compartido reuniones, experiencias de apoyo mutuo en diferentes momentos de la vida laboral en dicha universidad. Por su parte, en la Universidad de Antioquia, las/os participantes no se conocían entre ellas/os, fenómeno que se explica principalmente por el tipo de contrato laboral que tienen. En UdeA todas/os las/os participantes se dedican a la universidad por unas determinadas horas. Mientras que en la Luis Amigó todas/os tiene contrato laboral, sea medio tiempo o tiempo completo.

Debemos aclarar que todas/os tienen más de dos años de experiencia docente en su respectiva facultad, y que algunos elementos de sus trayectorias académicas y profesionales, entre ellos la simultaneidad de campos en los que asesoran, los profundizamos en el Capítulo 5 de Resultados.

b. El taller como principal estrategia para la producción de informaciones

Mary Jane Spink, Vera Menegon y Benedito Medrado (2014) proponen el uso del taller como una estrategia para la producción de informaciones en la investigación, porque permiten la negociación de sentidos con potencial crítico para visibilizar argumentos y posiciones diversas. Conciben el taller como una herramienta ético-política para la co-construcción de diferentes significados sobre un tema, teniendo en cuenta las formaciones históricas y discursivas en un contexto cultural más amplio. Estos autores indican que los talleres heredan del grupo focal el énfasis en un enfoque temático, de la dinámica del grupo su plasticidad y creatividad de las actividades, y de los círculos de conversación rescatan el carácter político de una acción grupal. Y recomiendan las siguientes etapas de un taller que en promedio puede durar dos horas:

Etapa 1. Presentación del proyecto, objetivos, participantes. Firma del consentimiento informado. Se estiman 15 minutos para esta primera fase.

Etapa 2. Asociación de ideas con la palabra que se quiere poner en discusión. Se solicita escribir en una hoja de papel lo que le viene a la cabeza a las/os participantes. Sugieren 20 minutos para esta actividad, cuyo objetivo es visibilizar la cantidad de formas para referirse a un determinado tema.

Etapa 3. Esta segunda actividad denominada Recuerdos de situaciones se centra en las narrativas relacionadas al campo-tema. Durante 45 minutos se llevan a cabo uno o dos momentos para que las personas escriban aspectos del asunto central y luego compartir lo que escribieron para propiciar posicionamientos y tensiones.

Etapa 4. En esta etapa, también de 45 minutos, se sugiere una última actividad de discusión generada por preguntas previamente formuladas y basadas en los objetivos específicos para fomentar los significados del tema de la pesquisa. Al final es solicitado al grupo una breve evaluación del taller, momento en el que aparecen informaciones relevantes para su posterior análisis.

Estas mismas autoras proponen la figura de coordinación y otra de observación, porque hay un potencial de movilización emocional entre las/os participantes. Sin embargo, en nuestro caso, esto no iba a ser necesario porque los grupos fueron pequeños y esto facilitaba su manejo por parte de una sola persona. Ahora bien, debido a la contingencia por la pandemia por la covid-19, que impidió la agrupación de personas de manera presencial, tuvimos que adaptar el taller a un formato virtual, requiriendo también de varias modificaciones en su desarrollo. Elegimos la plataforma Google Meet, a la que teníamos acceso mediante la cuenta de correo institucional, y con ello tener cierto control sobre el material que sería videograbado.

Cada taller duró dos horas aproximadamente para tratar de ajustarnos a lo sugerido por Spink, Menegon y Medrado (2014). Sin embargo, tuvimos que renunciar a las actividades de escritura, pues sabíamos que la lógica temporal cambiaría a la hora de las respuestas de cada participante en la lógica virtual. Considerando lo anterior, decidimos mantener las mismas etapas del taller, pero alteramos en cada una lo siguiente:

Etapa 1. Convocamos vía email a cada docente informando sobre el proyecto e indicando una fecha y hora para el encuentro. Cuando aceptaban la invitación se confirmaba el evento por medio del calendario de Google y les pedíamos la lectura del consentimiento informado que habíamos trasladado también en formato virtual para que cada participante, con su dirección electrónica al final del formulario de Google, se acogiera a las condiciones del taller. Una vez iniciada la sesión pedíamos la autorización para grabar y después de breves presentaciones entre quienes no se conocían, decidimos introducir algunas preguntas: ¿cómo ha sido su experiencia docente durante la pandemia? ¿Cómo inició su carrera profesional y su práctica en la docencia universitaria? Dispusimos de unos 20 minutos para esta etapa.

Etapa 2. Solicitamos a cada participante que abriera sus micrófonos para que nos compartieran las palabras y expresiones que primero se les ocurriera sobre la salud mental. Debemos advertir que no usamos herramientas digitales que simularan la lógica del papel y el lápiz para no interferir en los tiempos del taller y priorizar el flujo de la palabra hablada que luego sería transcrita. Después de contar con una variedad de términos, conversábamos sobre las razones de esta polisemia durante unos 15 o 20 minutos.

Etapa 3. Para esta parte del taller, pedimos a cada participante recordar una situación o fenómeno de salud mental que tuvo lugar en algún encuentro de asesoría a sus practicantes. Y luego les

preguntamos qué indicaciones les daban para actuar frente a esas situaciones o fenómenos. En promedio esta etapa tuvo una duración de 35 minutos.

Etapa 4. Durante este último momento los invitamos a conversar sobre los límites y posibilidades que identifican a la hora de hacerle frente a las situaciones y fenómenos que nos habían compartido en la etapa 3. Esta discusión y una breve evaluación del espacio nos tomaron unos 35 minutos.

c. Proceso y estrategias de análisis del taller

El proceso para analizar las informaciones producidas en el taller comenzó con una transcripción secuencial que consiste, de acuerdo con Spink (2010) en un resumen de lo que cada interlocutor/a dijo en oraciones que no deben exceder una línea. Nascimento *et al.* (2014) explican que en la transcripción secuencial se debe explicitar quién habla, el orden en el que habla, cómo y de qué habla, incluyendo también a las investigadoras. De esta manera, nos acercamos al corpus documental enfatizando en los temas, pero también en la dialogía, las opiniones de las personas frente a determinados temas y a la forma como se da la interacción, por ejemplo, cuando alguien retoma la idea de quien ya participó en la conversación. Spink (2010) señala que este tipo de transcripción permite analizar algunos temas priorizados en su relación con los objetivos de la investigación, sin perder el contexto del discurso. Para llevarla a cabo, hicimos una primera revisión de las videograbaciones, escribiendo en Word la síntesis de cada narrativa, obteniendo un texto de 15 páginas. Después, organizamos en una primera columna de Excel lo escrito en Word para adjudicarle, en una segunda columna, un tema que en pocas palabras describiría el contenido resumido, facilitando así su visualización. Luego procedimos con la transcripción completa, es decir, transcribimos todos los detalles de los intercambios

verbales a la forma textual. De esta tarea les compartimos la extensión del documento y el número de líneas para cada grupo:

Tabla 6. *Número de páginas y líneas de las transcripciones*

Grupo	Número de páginas	Número de Líneas
A	30	1191
B	23	927
C	18	725
D	28	1127

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El material de ambos tipos de transcripción los analizamos con las estrategias de visibilidad: mapas dialógicos, árboles de asociación y líneas narrativas. Se denominan de visibilidad porque se trata de la explicitación de los pasos del análisis y la interpretación con miras al diálogo abierto. El mapa es definido por Spink y Lima (2013) como un instrumento para visualizar y sistematizar los repertorios, géneros discursivos e interanimación dialógica de las prácticas discursivas. En una tabla de Word, utilizamos diferentes columnas temáticas de acuerdo con los objetivos específicos del estudio y los temas identificados en la transcripción secuencial, respetando el orden de desarrollo del diálogo y el número de las líneas.

Debemos añadir que en el mapa están los diálogos transcritos exactamente como fueron expresados, es decir, que los retomamos de la transcripción integral, siendo la transcripción secuencial un recurso analítico para delimitar las temáticas. A medida que leíamos resaltábamos en amarillo algunas palabras y expresiones relacionadas con algún componente de las prácticas discursivas para luego incluirlas en la estructura de este texto de la tesis. Debido a que usamos el

mapa para el total del material transcrito, obtuvimos documentos con extensiones entre 16 a 28 páginas, por eso encontrarán los mapas completos en el Anexo 2 de este documento. Mientras tanto, aquí les mostramos un ejemplo:

Ilustración 2. Ejemplo de Mapa de uno de los talleres con docentes de la universidad privada de Medellín, Colombia

Cambios en pandemia	Fenómenos de SM	Actuaciones	Contexto formativo y de práctica.	Límites	Posibilidades
		L 86-88. Juan: me dijeron que si por qué no lo hacía con el servicio médico estudiantil y yo estaba, no, pues, yo no había terminado, yo estaba como en octavo, noveno semestre y me tocó dar una capacitación de trabajo en equipo			
		L102-103. Juan: más la atención de los familiares, un montón de cosas, hicimos unos trabajos muy interesantes allí.			
	L106-107. Juan: entonces ahí trabajábamos violencia intrafamiliar y toda serie de fenómenos que se presentan entorno a las comisarias de familia				
		L115-116. Juan: entonces ahí empecé a estudiar con direccionamiento de personas, manejo de grupos			
		L122. Julio: el trabajo con los colectivos			

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Por su parte, los árboles de asociación proporcionan visibilidad a la dinámica de las narrativas motivadas por las preguntas, y finalizadas en las conclusiones o con la transición a otra pregunta/tema. Los árboles tienen como objetivo comprender el proceso de construcción dialógica de los sentidos en extractos específicos de los discursos (Spink y Lima, 2013). Esta estrategia la usamos especialmente para analizar las narrativas de la segunda etapa del taller, correspondiente a la discusión sobre la polisemia de las palabras asociadas a salud mental; seleccionamos las ideas principales resumiéndolas en pocas palabras y las graficamos usando líneas para provocar el efecto de la fluidez y dinamismo de las conversaciones, destacando con mayor énfasis las voces y posicionamientos en los diálogos.

Las líneas narrativas son una estrategia para organizar las historias contadas por las/os participantes en un formato cronológico que complementa los contenidos analizados en los árboles asociativos y en los mapas (Spink y Lima, 2013). La información que cumplía con esta condición temporal se relacionó principalmente con las experiencias profesionales y docentes de cada docente compartidas en la etapa 1 del taller.

Finalmente, debemos advertir que decidimos organizar los apartados del Capítulo 5 de Resultados con base en estas estrategias, y así poder abordar la totalidad del material discursivo producido en los talleres.

d. Reflexiones éticas

Retomamos la expresión *reflexiones éticas* del capítulo del libro colectivo de 2014 organizado por Mary Jane Spink y colaboradoras titulado “Como pensamos ética em pesquisa”. Allí, Mariana Cordeiro *et al.* (2014) nos provocan con las siguientes preguntas que propician la reflexión:

¿A servicio de quién (o de qué) estamos trabajando? ¿Cuáles son las implicaciones de nuestros estudios en la vida de las personas en ellos incluidas? ¿Qué concretamente queremos transformar con el conocimiento que producimos? ¿Por qué (y para qué) investigamos? (p. 31, traducción nuestra).

Más allá de responderlas, estas cuestiones ejemplifican lo que significa rigor científico en la perspectiva construccionista a partir de unas nociones discutidas por Cordeiro *et al.* (2014) y más recientemente por Emilly Sala y Mônica Lima (2020), ellas son: indexicalidad, inconclusividad y reflexividad, reconocidas como las tres formas de superar lo que Steven

Woolgar denominó *horrores metodológicos* (1988, citado en Spink y Menegon, 2013). Cuando pensamos en la vida de las personas que nos apoyaron en la investigación y en las transformaciones en un contexto concreto, es porque hay un conocimiento delimitado, puesto que los sentidos cambian según la situación y esto es a lo que se refiere la indexicalidad, distanciándose de los términos validez y replicabilidad. Con este elemento aclaramos que nuestro estudio se propone la descripción y exploración del contexto específico de pesquisa, es decir, el escenario de las asesorías de prácticas en el que participan estudiantes y docentes en Medellín y que fue permeado por una pandemia.

Con lo anterior nos preguntarán si es posible la generalización, propia a los estudios basadas en una epistemología realista. Debido a que nos ubicamos en otra concepción de ciencia, como práctica social, recurrimos a la inconclusividad para destacar la procesualidad de los fenómenos sociales, y que nos remite a la continuidad de lo que investigamos cuando años después evidenciamos consecuencias y efectos, sea en las comunidades estudiadas, o en nuevos proyectos formulados sobre el mismo tema. Finalmente, la reflexividad, en oposición a una idea de neutralidad y objetividad, refuerza la importancia de prestar atención a la relación entre investigadoras/es y participantes por los efectos de doble vía y con consecuencias en la vida concreta.

Queremos insistir que nuestra perspectiva construccionista propone la resignificación de la noción de objetividad mediante la ampliación del concepto de rigor científico a partir de estos tres elementos, en coherencia con una idea de la investigación como práctica social que se hace de manera conjunta entre personas, a diferencia de la investigación que concibe la mente como espejo de la naturaleza, es decir, que está al interior de la mente de quien investiga (Spink y Menegon, 2013). Cabe agregar que el rigor exige, según Spink (2000), un esfuerzo por visibilizar

los procedimientos de producción y análisis de informaciones con el mayor detalle posible, tal como lo hemos tratado de transmitir a lo largo de este texto.

En particular, nuestra postura ética es dialógica que Spink (2000) retoma de Bajtin para resignificar el tipo de relaciones que tenemos entre las personas y que no se reduce a una presencia física, sino a la interacción de voces que producen sentidos. Por tanto, la investigación es también una práctica de producción de sentidos a partir de las voces de participantes, autoras/es, comunidad académica e investigadoras/es a lo largo de todo el proceso de pesquisa.

Ahora bien, otra reflexión ética introducida por Cordeiro *et al.* (2014) y Spink (2000) tiene que ver con los cuidados éticos, que, para el caso de esta pesquisa, se dieron de la siguiente manera:

- El consentimiento informado, conocido en Brasil como Término de consentimiento libre y esclarecido (TLC), fue el mismo del macro proyecto titulado “Formação, Atuação em Psicologia e Níveis de Atenção à Saúde contribuições da psicologia social construcionista”, presentado a la Plataforma Brasil y aprobado por el Comité de Ética en septiembre de 2020. CAAE número: 30373419.0.0000.5686, parecer número: 4.255.428.

Ante el desafío de la pandemia por covid-19 y la realización virtual de los talleres, debimos transcribir el contenido del consentimiento (Anexo 1) a un formulario de Google para que lo leyeran y al final, en lugar de la firma, colocaran su correo electrónico. Como realizamos los encuentros meses después del inicio de la pandemia, notamos que ya se habían adaptado a la utilización de medios virtuales, por eso no encontramos ninguna resistencia con este procedimiento, ni con la idea de la videograbación. Esto último fue importante porque creemos que en parte se debió al uso de una cuenta institucional para las reuniones mediante

Google Meet, y por tanto sabían que habría cierta seguridad en el manejo de las informaciones.

- La relación de confianza que no se confundiera con un abuso de poder fue otro aspecto relevante desde los primeros acercamientos, en particular porque ya tenía experiencia laboral en ambas instituciones y algunas/os de ellas/os ya me conocían. Fomentamos la horizontalidad de la relación compartiéndoles artículos derivados de la tesis, y convocándolos a un nuevo encuentro para dialogar sobre nuestras interpretaciones, revisar los sentidos producidos en los talleres y la forma de presentar las informaciones. Comentarios sobre este reencuentro lo encontrarán en el último apartado de los Resultados.
- El último cuidado ético sugerido es sobre el anonimato, siendo este un reto a la hora de escribir la tesis, ya que al posicionarme como profesora e investigadora, cualquiera podía acceder a mis informaciones académicas y profesionales en internet y reconocer el contexto elegido para la pesquisa. Se suma a esto la fácil identificación de las universidades debido a las características de sus procesos de prácticas. Lo que hemos decidido, contando con la aprobación de las/os participantes, es mantener públicos los nombres de las universidades y modificar, para quien así lo quiso, los nombres de las/os docentes. Esto se justifica porque las informaciones e interpretaciones en nada los afecta a nivel personal o laboral, incluso porque ellas/os mismas/os comentaron en la evaluación del taller que espacios como esos eran muy necesarios para compartir entre colegas, no sentirse tan solos en sus prácticas docentes y evaluar sus propios discursos a partir de lo que escuchaban de los otros.

Por último, y asumiendo que también son importantes las condiciones de la ética prescriptiva, esta investigación se acogió a la Resolución 510/2016 del Consejo Nacional de

Salud de Brasil, que regula las pesquisas con seres humanos. También a la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, que define para Colombia los tipos de riesgo en las investigaciones y que en este caso se asume como una investigación sin riesgo, porque no hubo ningún tipo de intervención que modificara variables orgánicas, psicológicas o sociales, o temas que suscitaran cambios de conductas.

Capítulo 5. Resultados

Presentamos los resultados teniendo en cuenta las tres estrategias de visibilidad propuestas por Mary Jane Spink y colaboradoras/es (2013, 2014), como expusimos en la sección anterior. Integramos a estas estrategias el análisis de la asociación de palabras siguiendo las indicaciones de Spink, Menegon y Medrado (2014). La visibilidad de la producción de sentidos es lo que hace que estos procedimientos de análisis sean complementarios entre sí, para no perder de vista la complejidad de las prácticas discursivas en toda su heterogeneidad. Así, el contenido de este capítulo de resultados se deriva de las relaciones entre los objetivos de análisis de cada estrategia, los temas priorizados en los objetivos de la investigación y las fases del taller. En la siguiente ilustración lo resumimos así:

Ilustración 3. *Esquema de relaciones entre objetivos de las estrategias de análisis, temas-objetivos de la pesquisa y fases del taller*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

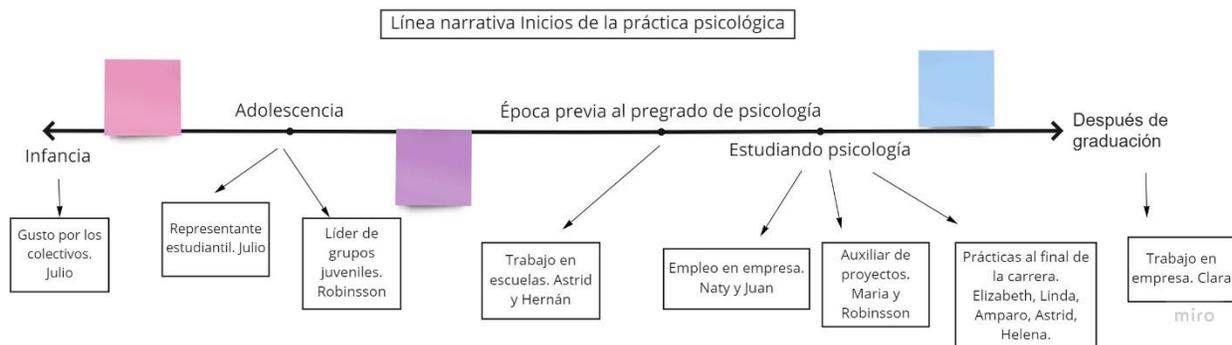
Decidimos organizar este capítulo priorizando las estrategias analíticas para darles mayor visibilidad, sin que ello fuera en detrimento de las categorías asociadas a los objetivos del estudio, y a otras que emergieron en el proceso. Con las líneas narrativas pudimos profundizar en los posicionamientos que caracterizan a nuestras/os participantes como profesionales en psicología y docentes de universidad, destacando, por ejemplo, la relación de estas posturas con determinadas experiencias vitales; con el análisis de palabras y los árboles de asociación pudimos abordar los matices heterogéneos de las formas de nombrar y definir la salud mental desde la perspectiva de nuestras/os profesoras/es; finalmente, los mapas ampliaron el análisis de las prácticas discursivas de salud mental teniendo en cuenta las demás estrategias de visibilidad pero priorizando aún más en repertorios, género discursivo e interanimación dialógica. Por último, describimos en este capítulo algunos comentarios sobre un segundo encuentro de retroalimentación que tuvimos con las/os participantes, en el que retomamos aspectos diversos analizados con estas estrategias.

a. Líneas narrativas: posicionamientos como docentes y profesionales en psicología

Con esta estrategia analizamos las informaciones producidas en la primera etapa del taller, durante la que indagamos por los inicios en la experiencia profesional y docente. Varias/os de nuestras/os participantes narraron que el inicio de la práctica psicológica no coincidió con la obtención del título universitario, pues algunas/os se remontaron a su infancia y a lo que en esa época y después de la escuela o de la universidad se fue moldeando como pasión por la psicología.

Estas narrativas para todas/os las/os participantes las ilustramos así:

Ilustración 4. Línea narrativa: inicios de la práctica psicológica de las/os participantes



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Por ejemplo, Julio destacó que su interés por los colectivos nace cuando siendo niño acompañaba a su padre a las reuniones de los sindicatos y luego ejerciendo como representante estudiantil en el colegio. Robinsson contó que en su adolescencia acompañaba a otros chicos de su edad en grupos juveniles. Por su parte, Astrid y Hernán ubicaron los inicios de la práctica psicológica en sus experiencias como docentes de colegio pues, antes de formarse en psicología ya tenían una licenciatura en teología y pedagogía reeducativa, respectivamente. Naty y Juan indicaron que, mientras estudiaban psicología, trabajaban en unas empresas y este contexto representó para ambos sus inicios en la práctica, reconociendo que no fue en el sentido formal, sino a nivel de las habilidades allí obtenidas para el trabajo con grupos.

Para Maria, su rol como profesional inició mientras era estudiante universitaria, cuando participaba como auxiliar en un proyecto de extensión que acompañaba a niños y niñas como gestores/as de paz en la década de 1990, época de narcotráfico y de violencia muy marcante para Colombia. Similar a esta experiencia que se destaca como uno de los inicios, Robinsson nos comparte que también tuvo la oportunidad de ser auxiliar en la oficina del laboratorio y de pruebas psicológicas de la universidad y pertenecer a un grupo de investigación; ambas funciones fueron para él equivalentes a una práctica psicológica y fundamentales para su

posterior ejercicio formal cuando obtiene el diploma. Por otro lado, nos llamó la atención que Elizabeth, Linda, Amparo, Helena y Astrid, coincidieran en ubicar los inicios del ejercicio en psicología con la práctica en los últimos semestres de la carrera. Siendo Clara la única en señalar que su práctica psicológica comenzó realmente cuando, después del título, consiguió su primer empleo.

Con todo esto queremos visibilizar que la respuesta a la pregunta por los inicios de la práctica psicológica no necesariamente se delimitó al momento en el que se obtuvo formalmente el título universitario, sino que hay una historia asociada fuertemente a gustos, intereses, personas y experiencias de diverso orden. Además de los inicios en el ejercicio de la psicología, hay otros elementos de la experiencia profesional que queremos mencionar en relación con algunos cambios en los campos de aplicación. Por ejemplo, Linda y Clara comenzaron ejerciendo la psicología organizacional que no disfrutaron, para luego emplearse en instituciones educativas y/o dedicarse a la consulta privada; por su parte, Helena y Julio describieron la importancia de su participación en el área de las neurociencias, pese a que luego la primera se desempeñara más en la clínica individual, de parejas y trabajo con grupos y familias, y el segundo se abocara por el acompañamiento a comunidades y colectivos desde una perspectiva social de la psicología.

Juan, Naty y Robinsson, por su parte, coincidieron en un actual desempeño en el campo organizacional, pero también cuentan con experiencia en clínica. Incluso, además de estas dos áreas, Naty también se ha desempeñado en la psicometría y Juan en la intervención psicosocial. Este último tipo de práctica la ha ejercido Maria, indicando que la alterna con la atención clínica individual. De esto, es curioso que en todas/os el ejercicio de la clínica en su versión de consulta psicológica individual o de evaluación de pacientes con trastornos mentales, fuera llevada a cabo

en algún momento de la vida profesional; en la actualidad, siete de 12 de ellas/os afirman que, además de la docencia, hacen clínica, algunas de manera más frecuente como Amparo, Linda y Helena, o que la hacen simultáneamente con prácticas en otros campos como el educativo (Hernán y Astrid), el organizacional (Naty) o el social-comunitario (Maria).

Ahora pasemos al tema de los inicios en la docencia universitaria, el cual no lo abordamos con el grupo A conformado por Juan, Elizabeth y Julio, porque fue el primer taller y para ese entonces no habíamos contemplado esta pregunta. Sin embargo, de los otros tres grupos subrayamos varios asuntos. Uno de ellos es el deseo por la docencia, el cual se vio influenciado por algún profesor o profesora que consideraron como personas relevantes en su formación, así lo afirmaron Amparo, Naty, Helena. A su vez, el gusto por la docencia, en Amparo y Helena, tuvo sus raíces en su formación como normalistas en el bachillerato, caracterizada por la enseñanza de escolares menores de seis años. En algunos casos, y debido a que pertenecían a grupos de estudio o de investigación durante el pregrado, eran recomendados para dictar algún curso, como fue el caso de Helena y Naty; o contaban con el apoyo de un docente vinculado a la universidad con quien tuvieron contacto en el posgrado (Hernán) o gestionaban su propio ingreso en la docencia sin ninguna intermediación (Maria, Linda, Clara, Amparo, Robinsson y Astrid).

Linda, Amparo, Robinsson, Naty y Helena, después de terminar el pregrado, iniciaron rápidamente la docencia universitaria, y coincidieron en afirmar que esa situación les produjo temor. Linda y Amparo señalaron que su forma de reaccionar a ese temor fue mediante una actitud exagerada de exigencia hacia las/os estudiantes, lo cual fueron percibiendo que con el tiempo cambiaba a medida que aprendían que no era necesario mostrarse de esa manera, además porque su mayor inseguridad se basaba en el ideal de saberlo todo o por la responsabilidad de formar a alguien que en un futuro sería un profesional en psicología.

Con los años de experiencia, tal como afirmó Hernán, se pudo asumir posteriormente una actitud de aprendizaje en conjunto con las/os estudiantes. Esto último es destacado por Naty, Amparo y Linda deteniéndose en lo que les enseñan los encuentros con las/os estudiantes en las asesorías de prácticas, los cuales difieren de los cursos regulares, porque cada semestre cambia la agencia y los propósitos del o la practicante. Además, afirmó Helena, con la docencia “siempre estamos aprendiendo”.

Estos inicios en la práctica docente fueron también atravesados por circunstancias vitales, por ejemplo, la maternidad que para Maria fue bastante significativa y que sólo ella señaló. Otra cuestión tiene que ver con las funciones que disfrutaban hacer como docentes en la universidad. Amparo y Robinsson compartieron su desidia por las tareas administrativas, y que pese a esto han debido asumir en algún momento de su trayectoria. Debemos añadir que el ejercicio docente lo han realizado todas/os en diversas universidades y a veces de manera simultánea, sea para acompañar estudiantes en prácticas o en trabajos de grado, o en las clases teóricas.

Para concluir esta parte de las líneas narrativas de las historias que nuestras/os profesoras/es compartieron sobre sus primeras experiencias en el ejercicio de la psicología y de la docencia universitaria, vimos que no se limitaron a descripciones cronológicas y lineales; ellas más bien evidenciaron la simultaneidad de acontecimientos, personas, intereses cambiantes y condiciones materiales que van a contribuir inacabadamente en sus respectivos posicionamientos como psicólogas/os y profesoras/es. Todo esto ofreció un contexto para comprender las prácticas discursivas en las que ellas/os transitan para la producción de sentidos sobre la salud mental y que vamos a continuar profundizando con el análisis de la asociación de palabras.

b. Palabras asociadas a salud mental: algunas formas de nombrarla

En este apartado, y siguiendo las orientaciones de Spink; Menegon y Medrado (2014), analizamos las palabras enunciadas por las/os participantes en el segundo momento del taller. La premisa era que cada persona dijera todas las palabras que se les ocurriera en ese instante relacionadas con salud mental.

Organizamos estas informaciones obtenidas de la transcripción integral en un archivo de Excel y usamos algunos colores para analizar la diversidad en cada grupo. Para que se puedan orientar en la visualización de los detalles que exponemos a continuación, primero sugerimos reconocer el color que representará a cada docente en su respectivo grupo:

Tabla 7. *Identificación de las/os participantes en la actividad Asociación de palabras diferenciadas/os por colores.*

Grupo	Amarillo	Azul	Naranja
A	Julio	Elizabeth	Juan
B	Amparo	Linda	Clara
C	Robinson	Astrid	Maria
D	Hernán	Naty	Helena

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Recomendamos que se detengan un momento en las siguientes dos tablas para luego apreciar los análisis que de ellas hacemos, teniendo en cuenta que los colores de las celdas en la tabla 8 representan a las/os participantes según los colores de la tabla 7.

Tabla 8. Palabras asociadas a salud mental en talleres con docentes de dos universidades de Medellín, Colombia agrupadas por colores

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
1.Condiciones de vida digna	1.Afrontamiento	1.Bienestar	1.Aprendizaje
2.Preservación	2.Equilibrio	2.Equilibrio mental	2.Bienestar
3.Mantenimiento de los derechos humanos	3.Capacidad de afrontar problemas	3.Conciencia	3.Libertad
4.Rasgos importantes del disfrute de la vida, de la existencia y del trabajo	4.Salud integral	4.Permanencia	Salud y mental separadas, y para salud siempre se me va a ocurrir 4.Bienestar
5.Bienestar	5.Actividad física	5.Armonía interior	Bien-estar dividido
6.Calidad de vida	6.Espiritualidad	6.Armonía	Estar 5.poder estar donde esté bien, que yo pueda
7.Autogestión	7.Empatía	7.Equilibrio	6.tener mis competencias
8.Sinergia	8.Vida	8.Percepción de eficacia	7.Proceso
9.Comunidad	9.Prevenición	9.Control	8.Día a día
10.Salud mental comunitaria o social	10.Tranquilidad	10.Percepción de que te puedas mover, 11. fluir en el mundo,	9.Capacidad
11.Bienestar	11.Emociones	12.que fluyes con las relaciones y el trabajo, ponerse como, cierto, 13. contento de sí	10.Competencia
12.Satisfacción	12.Compromiso	14.Alegría	11.Disposición
13.Motivación	13.Recursos psíquicos		Mental 12.Abarcar, 13.Completar, 14.Permear
	14.Procesos cognitivos		15.Ánimo
	15.Social		16.Buen humor
			17.El tipo de relaciones que se establecen con los otros
			18.Resiliencia
			19.Fortaleza
			20.Empuje
			21.Una energía que está ahí dispuesta a ser utilizada en pro de la vida
			22. Armonía, 23. no es que todo esté muy bien y todo esté bonito, sino que, aunque todo esté muy mal y todo esté revuelto se pueda tener
			24.serenidad como por lo menos para poder pensar con claridad.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tabla 9. *Categorización de las palabras asociadas a salud mental en talleres con docentes de dos universidades de Medellín, Colombia*

1. Condiciones de vida y derechos humanos (total=2)	2. Comunidad y social (total=6)	3. Bienestar (total=6)	4. Procesos mentales (total=13)	5. Otros (total=39)
1.Condiciones de vida digna (Julio)	3.Comunidad (Elizabeth)	8.Bienestar (Elizabeth)	10.Motivación (Juan)	23.Preservación (Julio)
2.Mantenimiento de los derechos humanos (Julio)	4.Salud mental comunitaria o social (Elizabeth)	bienestar (Juan) Repetida	11.Empatía (Amparo)	24.Rasgos importantes del disfrute de la vida (Julio)
	5.Lo social (Linda)	bienestar (Robinsson) Repetida	12.Emociones (Linda)	25.Calidad de vida (Elizabeth)
	social (Clara) Repetida	bienestar (Hernán) Repetida	13.Recursos psíquicos (Linda)	26.Autogestión (Elizabeth)
	6.Fluyes con las relaciones (Maria)	bienestar (Naty) Repetida	14.Procesos cognitivos (Clara)	27.Sinergia (Elizabeth)
	7.Tipo de relaciones que se establecen con los otros (Helena)	9.No es que todo esté muy bien (Helena)	15.Conciencia (Astrid)	28.Satisfacción (Juan)
			16.Percepción de eficacia (Maria)	29.Afrontamiento (Amparo)
			17.Percepción de que te puedas mover (Maria)	30.Equilibrio (Amparo)
			18.Alegría (Maria)	capacidad de afrontar problemas (Amparo) Repetida
			19.Aprendizaje (Hernán)	31.Salud integral (Amparo)
			20.Resiliencia (Helena)	32.Actividad física (Amparo)
			21.Ánimo (Helena)	33.Espiritualidad (Amparo)
			22.Buen humor (Helena)	34.Vida (Linda)
				35.Prevenición (Linda)
				36.Tranquilidad (Linda)
				37.Compromiso (Linda)
				Equilibrio mental (Robinsson) Repetida
				38.Permanencia (Astrid)
				39.Armonía interior (Astrid)
				armonía (Maria) Repetida
				equilibrio (Maria) Repetida
				40.Control (Maria)
				41.Fluir en el mundo (Maria)
				42.Contento de sí (Maria)
				43.Libertad (Hernán)
				44.Poder estar donde esté bien (Naty)
				45.Tener mis competencias (Naty)
				46.Proceso (Naty)
				47.Día a día (Naty)
				48.Capacidad (Naty)
				competencia (Naty) Repetida
				49.Disposición (Naty)
				50.Abarcar (Naty)
				51.Completar (Naty)
				52.Permear (Naty)
				53.Fortaleza (Helena)
				54.Empuje (Helena)
				armonía (Helena) Repetida
				55.Serenidad (Helena)

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Si nos enfocamos en la tabla 8 para analizar cada grupo por separado, identificamos la siguiente frecuencia de palabras:

Grupo A: 13

Grupo B: 15

Grupo C: 14

Grupo D: 24

Esto da un total de 66 palabras asociadas, y como algunas se repitieron varias veces, el número se redujo a 55 expresiones, tal como se consolida en la tabla 9. Aquellas que se repitieron fueron bienestar, social, equilibrio, competencia, capacidad y armonía. Cabe recordar que esta actividad de asociaciones de palabras pretendió en el taller demostrar que hay una construcción polisémica en el lenguaje que usamos sobre un tema. Premisa ampliamente explicada en la literatura sobre el uso del lenguaje, siendo significativo destacar la frecuencia como un indicador de la polisemia, la cual no se reduce a la cantidad.

Incluso fue interesante encontrar respuestas de participantes que no aludían a una palabra o frase aislada, sino que ampliaban la connotación con la que entendían dicho término. Estas ampliaciones ahondaron, por ejemplo con la palabra bienestar, que no se trata de “que todo esté bien” como lo señaló Helena; o que, según Naty, bienestar se pueda separar entre “bien” y “estar”, así como se divide entre “salud” y “mental”. De esta manera, todas las expresiones presentadas conformaron el conjunto de repertorios, y por tanto el glosario asociado a un lenguaje social, en este caso, al de nuestras/os asesoras/es de prácticas en psicología.

Ahora veamos con más profundidad estos repertorios que distribuimos en las cinco categorías de la tabla 9, aclarando en qué ideas nos basamos para dicha categorización.

En primer lugar, es intencional el orden consecutivo esbozado en la tabla 9 para evidenciar cómo de cada categoría hay una cantidad ascendente de las palabras asociadas. En el caso de la primera columna denominada *Condiciones de vida y derechos humanos*, citando las palabras de Julio, identificamos, por un lado, la noción de vida digna que englobaría aspectos relacionados con la vivienda, el acceso al agua, el alimento, etc.; y por el otro, mantener los derechos humanos, es decir, garantizarlos. Su principal característica es que son condiciones *externas* a las personas, es decir, no es responsabilidad del individuo, y que conocemos en la teoría como determinantes sociales de la salud; por eso no incluimos aquí a la actividad física, la espiritualidad o a la calidad de vida, concebida esta última como percepción de satisfacción.

El poco contenido en esta primera categoría lo ofrece exclusivamente Julio, psicólogo social que nos declaró al principio del taller “lo que ha sido tradicionalmente mis afectos, que es el trabajo con los colectivos”. Visibilizar este posicionamiento facilita comprender por qué asocia esto con salud mental, sin que ello implique que las/os otras/os participantes no estén de acuerdo con esas asociaciones; sin embargo, nadie más las menciona y por eso nuestra sorpresa, pues este asunto es relevante en un contexto de desigualdad y violencia como el colombiano.

La siguiente categoría denominada *comunidad y social*, también muy literal y cercana a lo que dijeron las/os docentes, se centra en la acepción concreta de comunidad o comunitario, o en la más amplia representada por “lo social”, que puede contener muchos matices. Además, incluimos en este conjunto las relaciones con otros, puesto que la asumimos como un hecho susceptible de darse sea en la comunidad o a nivel social en general, pero que en últimas se refiere a la presencia de un/a otra/o distinta/o a nosotras/os. Similar a la anterior categoría, se trata de aspectos externos al individuo, pero que focalizan los relacionamientos, por eso las presentamos de manera diferenciada.

Elizabeth asocia la salud mental con la salud mental comunitaria o social, complementando que no se trataría sólo de la comunidad en sí misma, siendo esta su primera asociación, sino que la expresión “comunitaria” es el adjetivo calificativo de la “salud mental”. El énfasis relacional que sugieren María y Helena se da particularmente en la idea de una “fluidez” en las relaciones, o en unos determinados “tipos de relaciones”. Subrayamos estas expresiones de la *fluidez en la relación* y *tipo de relación*, pues le dan mayor delimitación a eso que se nombra como simplemente “lo comunitario” y “lo social”. Es decir, entendemos que no se trataría sólo de una comunidad o de una sociedad en particular, sino de la dinámica o movimiento que allí se da y a partir de unos ciertos tipos de vínculos, los cuales no son descritos aquí debido a los límites de la actividad más concentrada en la asociación de palabras.

En cuanto a las personas que se van a referir a estas asociaciones, vale destacar que son todas mujeres, cada una con aproximaciones a diversos ámbitos de la psicología según sus narrativas acerca de sus experiencias profesionales. Por ejemplo, Elizabeth, Linda y Clara, docentes de la universidad privada, acompañan a estudiantes que hacen sus prácticas en instituciones educativas, pero también, como es el caso de Linda, además de asesorar en ámbitos educativos, lo hace en el denominado campo social-comunitario que ella localiza en los barrios intervenidos por proyectos sociales del Estado o de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Las docentes de la universidad pública (María y Helena), cuando reiteran en las relaciones a nivel de su fluidez o del tipo, lo hacen en coherencia con las referencias teóricas y técnicas que las han caracterizado en su devenir profesional. María, siendo asesora del ámbito social-comunitario, también sostiene que tiene consulta clínica privada, y que durante su formación académica participó en un grupo de estudio sobre un método de inspiración psicoanalítica. En cuanto a Helena, su relato indica que fueron varias las teorías y prácticas que

la apasionaron, entre ellas las neurociencias, pero que actualmente asesora estudiantes que están en colegios, o que tienen funciones eminentemente clínicas, siendo la terapia de pareja y el trabajo grupal sus principales temas de interés.

De este modo, recalcamos distintos posicionamientos de las docentes, sea en la variación de los campos en los que se desempeñan, sea en las teorías y técnicas que les orienta su accionar; también logramos diferenciar cómo esta multiplicidad de intereses les permite reconocer en lo comunitario, lo social y relacional un elemento afín a la salud mental. No se trata de una fórmula cerrada para entender por qué determinada expresión aparece en el conjunto de repertorios sobre salud mental, siendo más importante la diversidad de los matices en las expresiones y las diferentes características de quienes las mencionan.

Continuemos con la tercera categoría bajo la que agrupamos la palabra *Bienestar*. En la tabla 8, habrán notado el orden en la que cada participante compartió lo que se le ocurría sobre salud mental. “Bienestar” fue precisamente la primera asociación indicada en su respectivo turno por Elizabeth y Juan en el grupo A, por Robinsson en el grupo C y por Naty en el D. Esto es relevante pues con las demás palabras no sucedió lo mismo, incluso pareció ser una relación obvia, Naty así lo afirmó: “para salud siempre se me va a ocurrir bienestar”. Y será llamativo que esta misma profe además proponga una división del término para añadir que se trata de “poder estar donde esté bien” y “tener mis competencias”, tratando con esto de definir eso que entiende por bienestar.

Debe ser curioso que, en esta categoría, y a diferencia de las otras, se trate de una lista de cinco veces la palabra bienestar, siendo diferente la última frase de Helena: “no es que todo esté bien”; observen que no dice bienestar, pero al jugar con la expresión, así como Naty lo hace, se vuelve a la misma alusión del bien-estar o estar-bien. Este tipo de palabras podría asemejarse a

aquel animal que se muerde la cola formando un círculo, que llega a un mismo punto si se la muerde por la derecha o por la izquierda y por tanto promover una imprecisión conceptual si se queda en ese mero juego de palabras. En todo caso, este término se ha vinculado más a las teorías de bienestar subjetivo, psicológico y social, y que nadie mencionó. También se corresponde con la definición institucional y más conocido de la OMS que la propone como bienestar subjetivo (2001) o estado de bienestar (2004). Cabe añadir que algunas de nuestras docentes ante ese repertorio del bienestar tratan de tomar distancia aludiendo que no es un bienestar “completo”, sentido producido posiblemente durante el tiempo vivido y el tiempo de las interacciones, en los cuales se interrogan esos sentidos indicados por organismos internacionales como la OMS a partir de lecturas, debates con colegas o experiencias cotidianas en la práctica profesional; no obstante, aún permanece la idea de competencias reiterada por Naty, o sea, en una condición individual condiciente con esa noción de “estado” que aparece en la definición de la OMS.

Semejante a la categoría anterior, las personas a las que en este grupo asocian bienestar con salud mental son también diversas en sus posicionamientos profesionales y teóricos. Por eso con dos ejemplos vamos a enfocarnos en el uso de dicho término según quién lo diga y en qué contexto se ubica.

Primero: Naty, Juan y Robinsson asesoran a sus estudiantes en el campo organizacional, área en la que el término es usado para referirse, citando a Juan, al “bienestar de los empleados, de los colaboradores, de los aspirantes”.

Segundo: Hernán asesora a practicantes en instituciones educativas, de allí que en una de sus narrativas durante el taller mencione que ha tenido estudiantes en “bienestar con una de las

facultades”, aludiendo a la Dirección de Bienestar Universitario de la UdeA que sirve de agencia de práctica para el acompañamiento psicológico a la comunidad estudiantil.

¿Qué queremos transmitir con esto? Pues que en ambos lugares, sea una empresa o una universidad, la palabra bienestar tiene algún tipo de uso similar; y si es así, la salud mental bajo la forma de bienestar puede verse “en escena en todas partes”, tal como lo afirmará Helena en otro momento del taller.

Hasta aquí, y con el análisis de esta tercera categoría, podemos concluir que la expresión *bienestar* asociada a salud mental es diversa según los contextos y por tanto adquirir allí otros matices conceptuales; al mismo tiempo, salud mental como bienestar, permite un uso extensivo a campos en los que se ha creído que nada tienen que ver con salud mental, pareciendo más aceptable bajo esa denominación.

Pasemos ahora a la siguiente agrupación. En la cuarta columna de la tabla 9 están reunidas las palabras bajo el calificativo *Procesos mentales* y que proponemos subdividir en tres conjuntos:

- Procesos básicos: motivación, percepción, emoción. Y dentro de esta última incluimos alegría, ánimo y buen humor.
- Procesos superiores: aprendizaje.
- Expresiones que englobarían varios procesos mentales: recursos psíquicos, procesos cognitivos, conciencia, resiliencia, empatía.

Utilizamos la categoría *Procesos mentales*, porque en su sentido amplio incluye elementos internos y privados de una persona, es decir, que se “ubicarían” al interior del individuo o en su “mente”, y que cuentan con una explicación teórica puntual en psicología. Al ahondar en el análisis de estas asociaciones nos cuestionamos cuál es la relación entre los

procesos básicos y superiores y la salud mental, y lo que se nos ocurre como respuesta es que a nivel terminológico es coherente declarar una salud mental con base en una “salud” motivacional, del aprendizaje, de la percepción, etc., o determinada por emociones como, por ejemplo, la alegría, siendo todas ellas, como ya lo indicamos, procesos *mentales*. Las palabras resiliencia, recursos psíquicos y empatía se escapan a esta especificidad conceptual de los procesos mentales básicos y superiores, ya que sobre ellas habría muchas más formas de explicarlas y describirlas, incluso trascendiendo las fronteras teóricas de la psicología. De todos modos las mantenemos en esta categoría por su carácter individual o intrapsicológico y que son usadas con frecuencia en el lenguaje técnico de la psicología.

Por otra parte, los términos clasificados en esta categoría nos llevan también a la asociación clásica que se haría entre lo mental y lo psicológico, sin que podamos sostenerlo radicalmente puesto que reconocemos en la psicología una diversidad conceptual que no recae sólo en los fenómenos mentales, sino que hay otras perspectivas centradas en aspectos sociales, relacionales, ambientales, familiares, entre otros, tal como ya lo advertimos con las palabras asociadas y que reunimos en las categorías de *Condiciones de vida digna* y *Comunidad y social*.

En conclusión, la discusión terminológica señala que lo mental de la salud está constituido por procesos básicos y superiores, temáticas que forman parte del saber psicológico transmitido en las universidades en algunos cursos teóricos; sin embargo, debe quedar claro que a esto no se reduce la psicología, pues de lo contrario, nuestras/os participantes, formadas/os en y docentes de esta área, no nos dirían todas las palabras y expresiones hasta ahora analizadas y las que siguen en la última categoría que nombramos *Otros*.

Tal vez *Otros* no sea la denominación más adecuada, pero reúne precisamente a todas las palabras que no entran en las anteriores categorías, o que no pueden conformar grupos

categoriales más específicos. Son términos usados en conversaciones cotidianas de carácter individual y que por tanto las excluyen del primer grupo categorial de *Condiciones materiales de vida y derechos humanos*, que no se dan en el marco de las *relaciones comunitarias o sociales*, ni tampoco han sido conceptualizadas por alguna de las comprensiones teóricas de la psicología como sucede con *Procesos mentales*. Algunas palabras en esta categoría de *Otros* tal vez se acerquen más al término *Bienestar* usado por la OMS en un lenguaje institucionalizado ateórico, pero que aquí separamos para profundizar en sus diversos matices de uso.

Nos preguntarán por la expresión calidad de vida, bastante común en el ámbito de la salud pública y hospitalar, y delimitada como un constructo susceptible de ser medido. Pues bien, reiteramos que, a pesar de contemplar algunos elementos del modelo de determinantes sociales - léase materiales -, ella se asocia más a la percepción subjetiva de satisfacción con la vida, o sea que depende de la persona, pero que no ha sido conceptualizada propiamente por la psicología y sí más cercana a la economía de la salud, tal como lo señala Naomar Almeida-Filho (2011). La alusión a la vida en un sentido más amplio, y no de calidad de vida, la vemos contenida en otros términos, algunos de ellos son:

Autogestión	Sinergia	Satisfacción	Tranquilidad		
Compromiso	Armonía	Equilibrio	Control	Fluir	
Contento de sí	Libertad	Proceso	Día a día	Empuje	
Serenidad	Disfrute de la vida	Preservación	Espiritualidad	Vida	

Si se quiere, cada una de estas palabras puede ser parte de conversaciones existenciales o en general de la vida cotidiana. No obstante, fíjense que la mayoría remite de algún modo a la

idea de una vida sosegada (tranquilidad, serenidad) o con acento en una dinamicidad (proceso, día a día). Lo particular de este ejercicio, es que todas/os las/os participantes, excepto Clara, dijeron una o varias de estas palabras que nos podría indicar que sobre la salud mental hay un conjunto de repertorios de esta naturaleza que complementarían la terminología “especializada” o más teórica afín a la psicología y a otras disciplinas a las que se les adjudica el interés por el tema.

También de uso cotidiano en esta categoría *Otros*, identificamos verbos y sustantivos que podrían estar en un punto intermedio entre el lenguaje especializado y el popular, porque no se refieren a nociones con base conceptual específica, pero que tampoco son frecuentemente utilizados en las conversaciones cotidianas: permear, completar, abarcar, disposición, competencia, permanencia y afrontamiento, pueden aludir, según el contexto de uso, a diversos asuntos no necesariamente de la psicología y la salud mental. Cabe añadir que las profesoras que las mencionaron, Naty y Astrid, comparten el marco referencial de la psicología cognitiva, siendo la primera especialista en psicometría, lo cual explicaría por qué esos verbos (permear, completar y abrazar).

Entonces, además de analizar esta multiplicidad de asociaciones, nos percatamos de una tendencia cuantitativa en el uso de palabras que ordenamos en la categoría *Otros*. Somos enfáticas en la cantidad, porque de ello emergen varias preguntas: ¿por qué la salud mental para este grupo de docentes fue tan poco asociada con las condiciones materiales de vida y con las relaciones en comunidad? ¿por qué entre todas/os estas/es docentes es tan reducida la terminología especializada para hablar de este asunto en el área de la psicología, reconocida por sus múltiples escuelas y corrientes teóricas? ¿cómo se explica que nadie haya mencionado palabras como trastorno, síntoma o psicopatología, a las que se suele asociar con salud mental?

De esta manera, y en la delimitación de este análisis para nuestro grupo de profesoras/es, concluimos que:

- Son pocas las que aluden a condiciones materiales, sociales y relacionales.
- El uso de la palabra bienestar es ambiguo, pero mantiene su conexión con la definición institucional de la OMS.
- Por la cantidad de palabras referidas a procesos mentales, se deduce que se mantiene una tendencia mentalista de la salud mental.
- Además de mentalista, en su carácter intrapsicológico, hay una mayoría de palabras de uso cotidiano y genérico que enfatizan en su condición individual.
- Hasta este momento del taller la psicopatología no aparece asociada a salud mental. Sin embargo, esa relación aparecerá luego, complejizando las construcciones narrativas y por tanto la producción de sentidos sobre la salud mental en estas/os docentes.

Esto último lo analizaremos con detalle en los siguientes apartados.

c. Complemento al análisis de las palabras con árboles de asociación: definiciones de salud mental

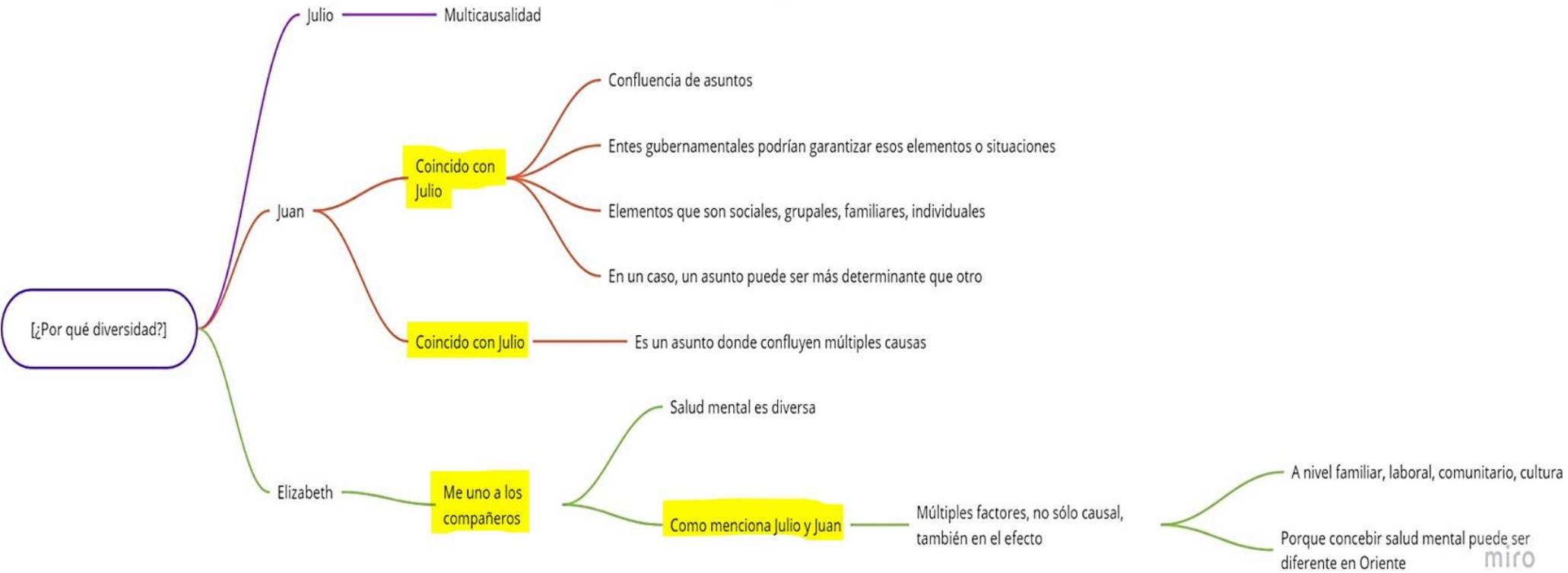
En su propuesta original de taller como estrategia para producir informaciones en pesquisa, Spink, Menegon y Medrado (2014) sugieren como primera actividad la asociación de palabras para visibilizar la polisemia del campo-tema (P. Spink, 2003), sin incluir allí una pregunta por la explicación de esa polisemia. Por esta razón, y en función de uno de nuestros objetivos específicos relativo a las definiciones de salud mental, consideramos conveniente preguntar a nuestras/os participantes a qué se debía esa diversidad de palabras para referirse a la

salud mental. Utilizamos la estrategia de los árboles de asociación que, según Spink y Lima (2013), facilitan el análisis de la construcción y co-construcción argumentativa en un contexto dialógico de producción de sentidos.

Veremos de cada grupo un árbol en el que se evidencia el flujo de las narrativas incluyendo con líneas dobles ([]) lo que dije en mi rol de coordinadora del taller, en amarillo resaltamos las voces que citaban a otras personas o documentos y en rojo señalamos cuando se estancaba el diálogo y cómo fue movilizado. Sintetizamos las narrativas, tal como así lo posibilita esta herramienta analítica, cuidando al máximo de la literalidad de los contenidos que retomamos de la transcripción integral e hicimos algunas articulaciones con la lista de palabras asociadas a salud mental para rastrear los sentidos producidos en esta parte del taller acerca del tema.

Aclaremos también que pueden leer el árbol teniendo en cuenta las líneas con colores que diferencian a cada participante, siguiendo las ideas verbalizadas en su orden de aparición durante el taller, o, como lo diría Bajtin (1952-53/1985), en el cambio de locutor o fronteras. La siguiente es la ilustración del árbol del Grupo A:

Ilustración 5. *Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad privada. Grupo A*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

La pregunta por la diversidad propició en este grupo A una interesante construcción colectiva para responderla. Vemos en el árbol que Juan se basa en Julio y luego Elizabeth “se une” a lo que dicen Juan y Julio. El argumento grupal iniciado por la multicausalidad, destacada por Julio para explicar la polisemia del término salud mental, se complementa con el desarrollo de esa idea por parte de Juan, quien identifica que esos asuntos causales pueden ser de diverso orden; agrega que las instituciones podrían garantizarlos, y aclara que una de esas causas puede ser más “determinante” en uno u otro caso.

Siguiendo el hilo argumentativo, Elizabeth, además de enfatizar en la diversidad del tema y aceptar la postura de sus colegas, introduce el nivel de las consecuencias, es decir, que la diversidad de la salud mental no sólo se da por la multicausalidad sino por los múltiples efectos que ella tiene en los ámbitos familiar, laboral, comunitario y cultural. Y es con este elemento cultural que finaliza su narrativa, para ejemplificarlo con aquello que podría ser concebido de modo distinto en la cultura oriental. Esta construcción grupal provocada por la pregunta se caracteriza porque una respuesta se sostiene en la anterior, se citan voces de quienes están en ese momento en el grupo, fluyendo fácilmente porque no hubo silencios ni necesidad de motivar la participación.

Subrayamos en su contenido que para este grupo A la salud mental es diversa por sus causas y sus efectos, ambos ubicados en los ámbitos familiar, laboral, comunitario y cultural. Así, podemos entender que habitar una casa digna genera salud mental, y sus consecuencias se evidencian en las relaciones con la familia, en el trabajo y con los vecinos. Ahora, esto es sólo una parte, pues la casa digna no sería la única causa; Elizabeth, Juan y Julio insistieron en que son varias, así como son múltiples sus consecuencias y por eso se explica la diversidad de palabras asociadas con salud mental.

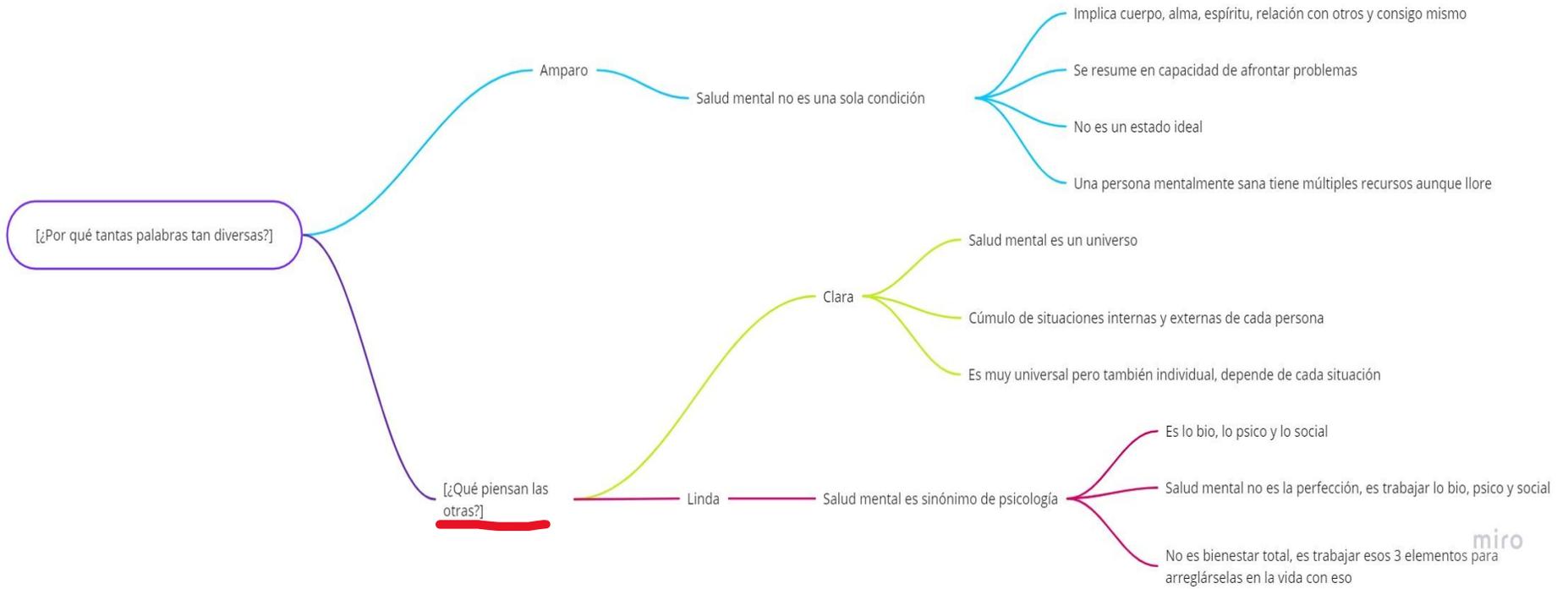
¿Entonces la salud mental queda en el medio entre causas y consecuencias, o es causa y consecuencia al mismo tiempo? ¿qué implicaciones tiene esta forma de entender la salud mental en la actuación profesional? ¿esta es la forma de bordearla para dar cuenta de ella?

Debemos recordar que cada docente en este grupo acompaña a sus estudiantes en diferentes campos aplicados. Julio en social-comunitario, Elizabeth en educativa y Juan en organizacional. Sin embargo, también la conformación de los grupos de estudiantes en esta universidad privada se caracteriza porque no siempre coinciden campo aplicado con grupo de staff, a excepción de las prácticas en psicología organizacional y el de clínica. Por ejemplo, en el caso de Julio, uno de sus estudiantes realizaba su práctica en una institución educativa, y Elizabeth tenía practicantes que acompañaban comunidades.

Por su parte, Juan, además de asesorar staff de organizacional, también tiene simultáneamente grupos de social-comunitaria, situaciones que serán similares en la universidad pública; de todas formas, esto no se explica por la vinculación a un tipo de facultad pública y/o privada, sino a las trayectorias profesionales de cada docente que interrogan el ideal de una “especialización” y de un “purismo” de la actuación psicológica en determinados contextos; en otras palabras, no hay necesariamente, por lo menos respecto a la salud mental, un discurso excluyente ni entre teorías, ni entre campos aplicados. Probablemente esto explica por qué este grupo de docentes construyó una práctica discursiva de salud mental basada en un argumento que produjo un sentido más menos consistente o sin muchos desacuerdos.

Sigamos con el árbol del grupo B.

Ilustración 6. *Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad privada. Grupo B*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

A diferencia del grupo A, en el que se citaron entre sí, estas profesoras construyeron cada una su propia respuesta a la pregunta y, después de la participación de Amparo, debo estimular a las otras para que continúen. Al detenernos en esta forma de construcción del diálogo, vemos que en esta parte del taller la interanimación es particular porque no es visible una postura en relación con la narrativa de la colega, como tampoco aparecen otras voces para fundamentar sus respuestas. Esto no lo hace mejor o peor grupo, sólo ejemplifica la manera como en ese contexto las narrativas son co-construidas según la dinámica de la interacción.

En cuanto al contenido, todas van en una misma dirección, pero con versiones diferentes: salud mental no es “una sola condición” (Amparo), es un “universo” (Clara), es lo “bio, lo psico y lo social” (Linda). Es decir, la salud mental está constituida por varios elementos, similar a lo planteado por el Grupo A. Así, cada respuesta, sin referirse a la de la otra compañera, contiene la misma idea principal, pese a que los micro argumentos y, por tanto, los sentidos, cambian significativamente si tenemos en cuenta los indicadores lingüísticos descritos por Spink y Gimenes (1994), con los cuales pretendemos mostrar la variabilidad de los repertorios que nuestras participantes usan para referirse a la salud mental. Debemos aclarar que se trata de indicadores, es decir, que señalan los aspectos lingüísticos de las diversas formas como se presentan los sentidos. Spink y Gimenes (1994) describen los siguientes indicadores lingüísticos: “ambigüedad (múltiples significados); contradicción (sentidos antagónicos); inconsistencia (significados inestables) e incoherencia (transgresión de las reglas lógicas de una narrativa que sugiere la adopción de otra narrativa)” (p. 157, traducción nuestra).

En Amparo la salud mental no es una sola condición ni es un estado ideal, pero se “resume en la capacidad de afrontar problemas”, por tanto, esto es una *contradicción* al señalar dos asuntos contrarios. Este mismo indicador lingüístico de sentidos antagónicos lo apreciamos

en Clara cuando plantea que la salud mental es un universo, es “universal”, pero también es “individual”. Finalmente, vemos una postura *ambigua* en Linda, debido a los múltiples significados sobre el tema cuando se refiere a que no es bienestar total, porque tiene sus divisiones en las tres dimensiones de lo bio, lo psico y lo social de manera conjunta.

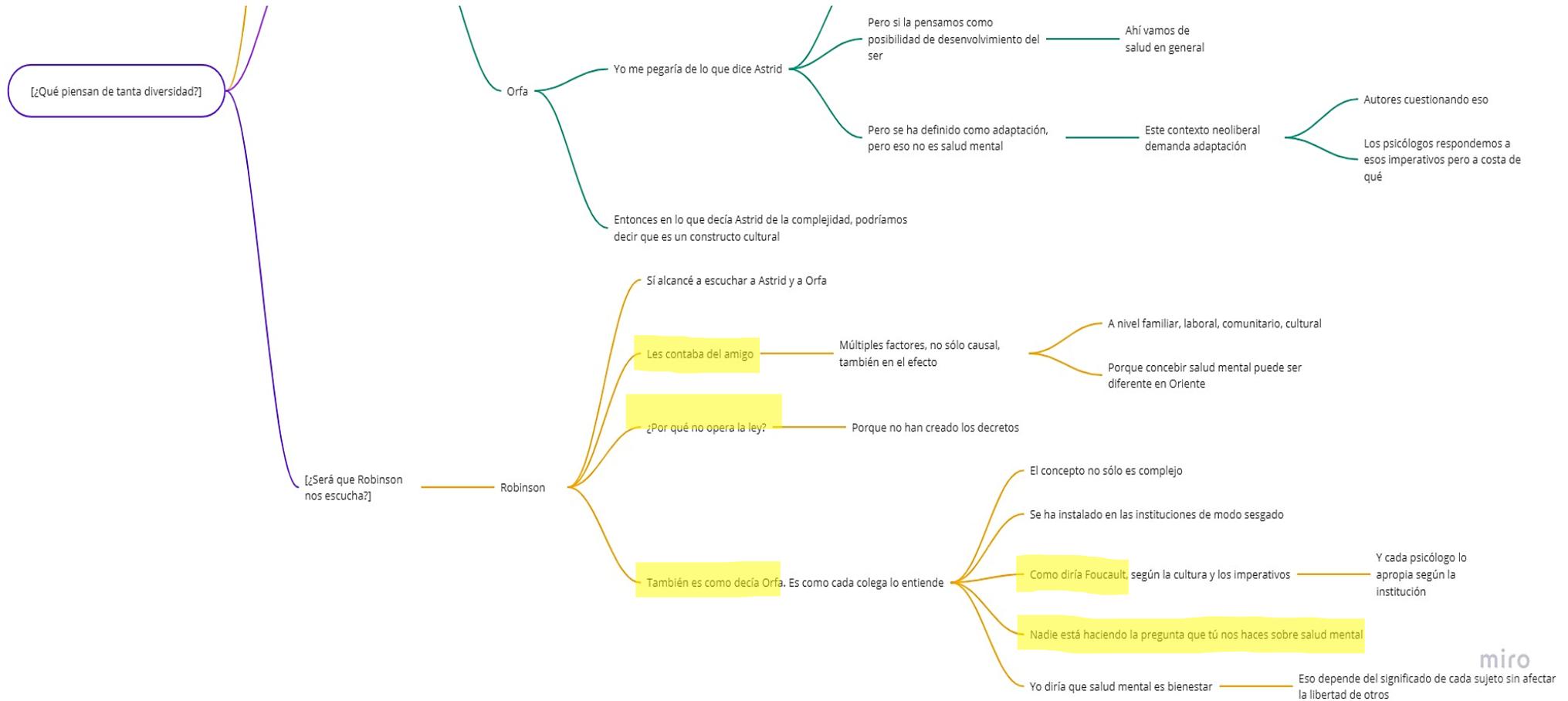
Cada argumento hasta cierto punto se conecta con las respectivas palabras asociadas por cada una de ellas. Por ejemplo, Amparo, aunque resume que es una capacidad para afrontar problemas, destaca términos como equilibrio, espiritualidad, salud integral, actividad física y empatía. En el caso de Clara notamos que para ella la salud mental es al mismo tiempo lo universal y lo individual, coincidiendo también en sus palabras con los procesos cognitivos y lo social, es decir, dos fenómenos concebidos frecuentemente como opuestos o pares dialécticos. Con Linda identificamos que su asociación de palabras, al centrarse en asuntos más subjetivos tales como tranquilidad, emociones, compromiso y recursos psíquicos, no explicitó la cuestión social ni biológica que sólo aparecerá en su posterior argumento para explicar la polisemia. Y con esto queremos señalar que no hay relaciones de interdependencia entre las palabras que asociamos libremente y los argumentos que luego se amplían con otros repertorios para la construcción de narrativas. Los sentidos se van complejizando a medida que hay otras provocaciones y preguntas, tal como se espera que ocurra y que estos árboles nos están mostrando.

Continuemos ahora con el Grupo C, cuyo diálogo en el árbol requirió de dos ilustraciones para su mejor visualización:



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Ilustración 8. *Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad pública. Grupo C. (Continuación)*



Fuente: Elaboración propia, 2021.



La respuesta de Robinsson comenzó particularmente interrogando el énfasis positivo de la salud mental, agregando que ella depende de las percepciones y que puede ser también negativa, ejemplificándolo con las personas sadomasoquistas. Esto le permitió introducir la alusión a las corrientes en psicología y con ello co-construir su narrativa trayendo la voz de un colega humanista, quien cuestiona la ley de salud mental. El flujo de su relato se alteró por unos minutos, porque se desconecta de la videollamada y pese a eso puede retomar minutos después sus ideas citando de nuevo a su colega humanista, a Maria, a la ley de salud mental en Colombia, a Foucault y a mí, para finalizar con su propia postura respecto al tema. Identificamos cinco voces distintas más la de Robinsson que éste logra articular en dos tiempos mientras retorna a la llamada y sus otras dos compañeras terminan sus respuestas.

Debido a ese corte en la participación de Robinsson, yo me encargo de darle la palabra a Astrid tratando de respetar el orden implícito que se había dado en el grupo; de su relato no se evidencian referencias a otras voces, tal como lo hará Maria, quien inicia y finaliza su narrativa destacando la voz de Astrid e invocando las voces de autores, que según ella vienen cuestionando los imperativos de un modelo económico que exigiría adaptación y ante el cual “los psicólogos” a veces respondemos sin cuestionarnos el costo que eso tendría.

Entonces, en términos de construcción colectiva, este grupo nos muestra las formas variadas de la interanimación del diálogo basada en voces de colegas en conversaciones anteriores, de documentos institucionales, de autoras/es y de quienes están en ese momento en el taller. Este flujo narrativo es mucho más dinámico en comparación con los grupos A y B, razón por la cual las diversas posturas proponemos entretrejerlas para darle mayor visibilidad a los contenidos.

Retomemos el cuestionamiento que hace Robinsson a la salud mental como algo positivo, que para él también puede ser negativo, como en el caso de personas sadomasoquistas que “son felices”, están “adaptadas” y no tienen afectadas sus “esferas vitales”; a esta idea le podemos sumar el comentario de Astrid respecto a alguien que dice “sentirse bien” y “adaptado” en medio de una “disfuncionalidad”. Según esto, felicidad, afectación de esferas vitales, adaptación, sentirse bien y disfuncionalidad, todos opuestos entre sí, harían parte simultánea de la idea de salud mental, significados al mismo tiempo *ambiguos* y *contradictorios*, si seguimos con la clasificación de indicadores lingüísticos de Spink y Gimenes (1994).

Por su parte, otro micro argumento alude a las corrientes psicológicas. Robinsson las menciona para contextualizar la postura del amigo humanista; y luego en la narrativa de Astrid vemos que para ella la salud mental abarca mucho, y que “cada escuela” dirá algo sobre este concepto, “pero que realmente es la capacidad de la persona de estar *consciente en el aquí y ahora*”, destacando así una noción muy propia a la psicología humanista. Por tanto, aquí el significado es *contradictorio*, en cuanto la narrativa de Astrid comienza con un argumento (abarca mucho) y termina con uno antagónico (realmente es conciencia aquí y ahora).

Un tercer contenido discutido tiene que ver con la ley de salud mental centrada en la enfermedad, que verbaliza Robinsson y que podemos conectarla con la idea de Maria sobre lo fácil que podría ser pensar la salud mental desde ese sentido de enfermedad. Este tema enmarcado en el contexto de la pandemia y de las empresas, así como en el sistema económico neoliberal, redundaría en lo que Maria y Robinsson cuestionan sobre el rol de las/os psicólogas/os al acogerse a los imperativos de adaptación del sistema o de las instituciones.

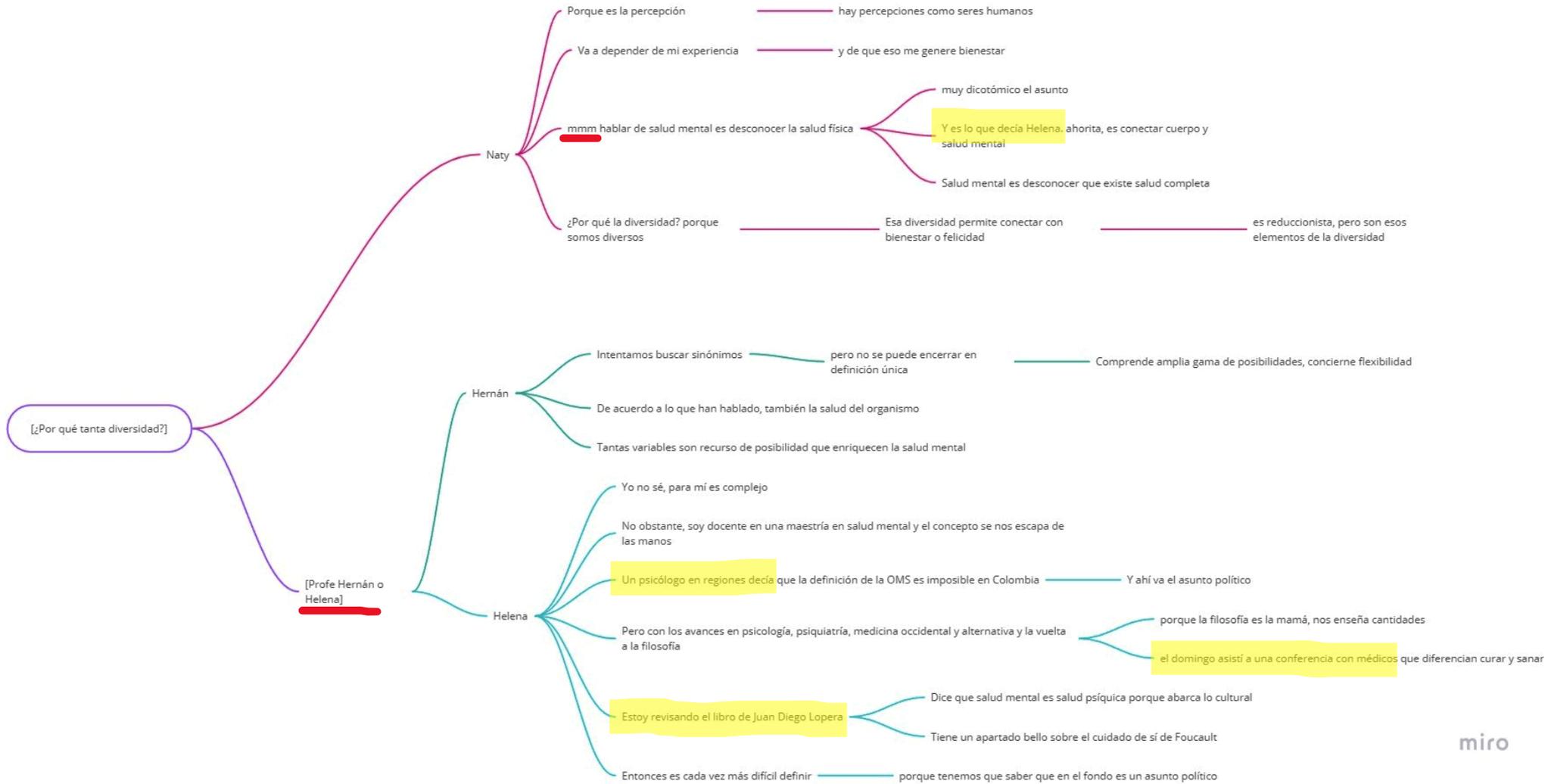
Finalmente, Maria concluirá su argumento señalando que la salud mental es más un constructo cultural, ante lo cual Robinsson se distanciará para enfocarse en que la salud mental

dependerá del concepto que cada persona tenga sin que “afecte a los otros en su libertad”. Y con todas estas narrativas, especialmente aquella que podríamos calificar de crítica ante el sistema económico capitalista de Maria, verificamos que son tantas las voces como las producciones de sentido que aún en las semejanzas hay direcciones opuestas para entender por qué la polisemia de la salud mental; y esta construcción dialógica, para este grupo en particular, amplía esa visión más centrada en el individuo privilegiada en la lista de palabras por ellas y él asociadas: bienestar, equilibrio, conciencia, armonía, percepción, control y alegría.

Nos falta un último árbol, y por eso entendemos que seguir el hilo de estos análisis obliga a volver una y otra vez a las ilustraciones, además de retener tantos detalles de las informaciones, lo cual podría dificultar la comprensión de lo que queremos transmitir. Así que con este grupo D aprovecharemos para condensar varios de los aspectos que interesan al análisis de las construcciones narrativas visibilizado en los árboles: las voces, la fluidez y los indicadores lingüísticos de los sentidos producidos, además de la relación con la asociación de palabras.

Sugerimos detenernos un instante en la siguiente ilustración antes de continuar la lectura.

Ilustración 9. *Árbol de Asociación sobre definiciones de salud mental en el taller con docentes de la universidad pública. Grupo D*



En primer lugar, hemos insistido en *las voces* que surgen bajo la forma de una alusión a otras personas, autoras/es, documentos, o lo que dijo alguien del grupo en ese o en otro momento del taller. Naty, por ejemplo, cita a Helena y Hernán, en cambio, no nombra a nadie en concreto. Otras voces las socializa Helena en su intervención: un psicólogo que escuchó en determinado lugar hablando sobre la Organización Mundial de la Salud (OMS), una conferencia de médicos en la que participó días antes al taller, y el colega de la universidad, autor de un libro que está leyendo, en el que se cita a Foucault. De nuevo tenemos aquí voces presentes, voces de otras personas escuchadas en espacios diversos, y bibliografía relacionada con el tema de la salud mental, además de sus propias voces. Aquí identificamos el “gran tiempo” de Bajtin (1959-1961/1985) asociado con los sentidos producidos por la filosofía, que Helena le adjudica el papel de “mamá” de diferentes saberes; y el tiempo corto o de las interacciones desplegadas durante un evento académico o la lectura de una investigación publicada recientemente. Las voces en estas temporalidades muestran sus interrelaciones, pues hay sentidos del gran tiempo que permanecen simultáneos a los que se dan durante el tiempo vivido y el corto.

Ahora bien, si se concentran en el árbol, notarán también que ante la pregunta hay cierta dificultad para responderla, afectando así *la fluidez* en la construcción narrativa. Naty en medio de su respuesta se detiene (“mmm...”) y después de ella terminar hay un silencio que debo romper indagando si Hernán o Helena desean continuar. Algo similar se dio en el grupo B, permitiendo que ellas decidieran quién seguía en el turno, diferente a lo que hice con el grupo C debido a la desconexión de la llamada mientras Robinsson hablaba. Y en el grupo A, ni hubo silencios, ni debí intervenir, siendo así una construcción más fluida de un argumento con dos ideas fácilmente diferenciables entre sí.

El otro aspecto por subrayar tiene que ver con los *indicadores lingüísticos* de los sentidos construidos y que en este grupo D detectamos de dos tipos: *ambiguo e inconsistente*. Ambos aparecen en los argumentos de Naty, primero cuando plantea muchos significados ambiguos para salud mental: que depende de la percepción, de la experiencia, de que genere bienestar, y que es salud física, bienestar y felicidad. Y la inconsistencia la encontramos al final del relato al sostener que “la diversidad permite conectar con bienestar o felicidad, es reduccionista, pero son elementos de la diversidad”, sin que sea claro lo que quiere expresar con dicha afirmación.

Entonces podemos considerar que con estos árboles no sólo nos percatamos de las maneras como se construyen los diálogos y los argumentos, sino también que a nivel de sus contenidos todos ellos responden al encuentro de múltiples voces más allá de las de nuestras/os participantes en el taller. Voces que pueden presentarse simultáneamente en una misma práctica discursiva de salud mental, por ejemplo, que se diga que una persona con una “patología” puede ser “sano” o “feliz” o “tener bienestar”. Por último, notamos que hay una transición discursiva que se inicia con unas formas específicas de nombrarla durante la asociación de palabras sin aludir a patología, pero que luego esta idea comienza a aparecer apoyándose en referencias al discurso médico centrado en la enfermedad.

Somos conscientes de que estas narrativas y su análisis se circunscribieron a ese tiempo y espacio concretos del taller, y por eso las contradicciones, ambigüedades e inconsistencias podrían ser otras si hiciéramos con estas/os mismas/os participantes nuevos encuentros para discutir el tema; así como también serían otras las posturas que incluyan o no críticas al sistema económico o político que en algo influye en la salud mental y su delimitación conceptual, tal como apareció en la narrativa de Helena coincidiendo con lo comentado en los grupos A y C. Finalmente, reiteramos que este recorte analizado no debe perder su carácter procesual en el

marco amplio de la investigación y en relación con los siguientes contenidos que abordaremos mediante los mapas dialógicos.

d. Mapas dialógicos: repertorios, género discursivo e interanimación

Debemos reiterar que optamos por un análisis diferenciando lo que obtuvimos con cada estrategia para dar mayor profundidad y visibilidad a algunos aspectos de las prácticas discursivas identificadas en el *corpus analítico* conformado por el material completo de las transcripciones. Con las líneas narrativas vimos con detalle cómo nuestras/os participantes se iniciaron en la práctica profesional y docente; con la identificación de la diversidad de palabras asociadas a salud mental y los árboles, evidenciamos la forma de co-construcción de los argumentos para referirse a denominaciones, definiciones y a su polisemia. Y en esta ocasión, los mapas nos van a permitir retomar algunos de esos resultados para ampliarlos en el micro contexto de producción de las asesorías de prácticas, priorizando la interanimación o dinámica del diálogo, los repertorios de mayor debate durante los talleres y destacando en particular un género discursivo.

Para ordenar estos resultados nos basamos en los siguientes temas identificados en los mapas; el primero emergió durante el análisis y los demás concordaron con los objetivos específicos predeterminados en esta investigación, tal como lo reseñamos en esta tabla:

Tabla 10. *Relación de categorías con algunos objetivos específicos del proyecto*

Categoría	Algunos objetivos específicos del proyecto
Contexto de asesoría de prácticas y efectos de la pandemia por covid-19	Como es emergente no se correspondió con ningún objetivo.

Fenómenos y actuaciones psicológicas	<p>Objetivo 2. Describir las situaciones y fenómenos de salud mental tal como los vivencian las/os participantes en su cotidiano.</p> <p>Objetivo 3. Discutir las formas de actuación de las/os participantes frente a las situaciones de salud mental.</p>
Límites y posibilidades	<p>Objetivo 4. Reflexionar sobre los acuerdos y desacuerdos de las/os profesoras/es ante los límites y posibilidades de acción de la psicología en la salud mental en los diversos ámbitos aplicados.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Observarán durante la lectura de este apartado que no presentamos los mapas; en su lugar, decidimos facilitar la visibilidad de las prácticas discursivas usando las cursivas y algunas citas literales, pues para nosotras el mapa cumplió una función de organizador de las informaciones y no de síntesis como lo fueron la línea narrativa o los árboles. Los mapas completos los encontrarán en el Anexo 2 al final de este documento.

i. Contexto de asesoría de prácticas y efectos de la pandemia por covid-19

Unificamos aquí dos temáticas: la asesoría de prácticas, y el impacto que, según nuestras/os participantes tuvo la pandemia en dicho contexto. En conjunto se trata de los *micro lugares*, definidos por P. Spink (2008) como los acontecimientos cotidianos, aquellos que para esta tesis se circunscriben a los encuentros entre docentes y practicantes.

En apartados anteriores, hemos analizado los grupos de manera individual, pero en esta ocasión vamos a unificar los análisis de los grupos por tipo de universidad, porque lo que denominamos contexto de asesoría de prácticas alude de modo general a las condiciones de la institución como un todo. De todos los grupos analizaremos estos aspectos:

- ~ Características del staff
- ~ Características de las/os estudiantes
- ~ Estilos de las/os docentes
- ~ ¿Y las instituciones?
- ~ ¿Y la universidad?

Iniciaremos con los dos grupos A y B que fueron conformados por docentes de la universidad privada, para diferenciarlos de lo identificado en los grupos C y D pertenecientes a la universidad pública. Verán que resaltamos en cursiva palabras y expresiones que luego retomaremos para dar cuenta de múltiples sentidos producidos en este micro contexto.

En la facultad privada, la asesoría de prácticas se denomina Staff. Es un curso que hace parte de la malla curricular y cada estudiante debe matricular los dos niveles que lo constituyen para obtener con ello, y otros requisitos, el título de psicóloga/o.

Iniciemos entonces con las **características del Staff**:

- ✓ Según Elizabeth, estudiantes y docentes deben diligenciar unos formatos.
- ✓ De acuerdo con Juan, las/os estudiantes en el staff de psicología organizacional cumplen 36 horas de práctica en las instituciones.
- ✓ Añade Juan que el o la docente realiza tres visitas a las agencias de práctica para evaluar estudiantes e institución.
- ✓ Coinciden Elizabeth, Julio, Amparo y Clara en que el objetivo del staff es realizar “*contención emocional*” a las/os practicantes; Juan agrega un segundo objetivo que es

propiciar “*catarsis*”; y Amparo introduce un tercero que consiste en “atender lo real en campo”.

- ✓ Según Juan, las/os estudiantes con dificultades podrían requerir de “*acompañamiento*” por parte de otras instancias de la universidad (Creemos que se refiere a Bienestar Universitario).
- ✓ En comparación con los demás cursos, Linda y Clara aseguran que el staff permite aprender mucho; y es concebido por Amparo como un grupo de estudio.

Respecto a las **características de las/os estudiantes**, las/os docentes señalan:

- ✓ De acuerdo con Julio, las/os estudiantes son “*gente muy pobre*”, con dificultades por su “*situación material-física*”, y tienen un perfil similar a los de la universidad pública.
- ✓ Julio también sostiene que le ha llamado la atención el *miedo* de ellas/os para enfrentarse a la clínica en su versión de “clínica individual”, pues tienen *miedo de “mirarse a nivel personal”*.
- ✓ Elizabeth y Juan concuerdan en que las/os practicantes quieren *parecer “súper héroes”*.
- ✓ Para Elizabeth y Linda, las/os estudiantes llegan al staff “*desbordados*”; o en palabras de Amparo, “*detonados*”, o entran en “*crisis*” por causa de las situaciones en las instituciones; Juan los describe como personas con “*inquietudes*”, “*angustias*” y “*temores*”; *angustias* que para Linda son “normales”, relatando que también llegan con “*resistencias*” hacia el staff o hacia la docente.
- ✓ Elizabeth y Juan en el grupo A y Clara en el B, coinciden en que las/os practicantes no han realizado “*procesos personales*”; ante lo cual Juan les sugiere que “*empiecen proceso*”, Elizabeth les dice que es *momento de “trabajarse”* y Clara los anima a “*buscar a alguien para comenzar un proceso*”.

- ✓ Finalmente, Clara afirma que las/os estudiantes “*no hablan de sí mismos*” o no hablan de su “sentir”.

Ahora abordemos los **estilos** de las/os docentes según sus propias narrativas:

- ✓ Asesoran de manera simultánea grupos de staff de diferentes campos aplicados: Juan acompaña grupo de organizacional, social y educativa; y Linda algunos de educativa y social.
- ✓ Los tres integrantes del grupo A incentivan la “*construcción colectiva*” o grupal dentro del staff. En el caso del grupo B, Linda indica que entre las/os mismas/os estudiantes se hacen “*contención*”, y Clara y Amparo, en similar dirección, promueven un “*apoyo al apoyo*” entre ellas/os.
- ✓ Julio comparte sus propias experiencias profesionales relacionadas con los casos que llevan las/os estudiantes para discutir en el staff. Elizabeth y Linda difunden la importancia del “*trabajo en equipo*”, o con la institución. Juan las/os insta a que se “*contextualicen en la institución*” y en “su rol de practicantes”.
- ✓ Juan aclara asuntos técnicos, especialmente en el ámbito organizacional, priorizando la información sobre rutas de atención y firma de documentos.
- ✓ Tanto Juan como Amparo se caracterizan porque exigen a las instituciones de prácticas las condiciones mínimas para sus practicantes.
- ✓ Al iniciar el semestre, Amparo pregunta a sus estudiantes *si han tenido “enfermedades mentales”* y Clara continuamente los interroga por sus “*emociones*”.
- ✓ Juan argumenta que es importante iniciar el semestre siendo “muy cuidadosos” y presentando los objetivos, enfatizando en que el staff es un “*espacio catártico*”, siendo esto una forma de motivar la salud mental de las/os estudiantes.

- ✓ También al inicio del staff se sugiere la confidencialidad, para que lo que allí se hable “se quede en el staff” como afirma Clara, y para proteger la identidad de las personas, puesto que, según Amparo, la ciudad es muy pequeña.
- ✓ Linda indica que, al finalizar el semestre, evalúa el staff realizando “como un *trabajo de introspección*”.
- ✓ De manera explícita durante el taller, Linda y Amparo nos comparten que el staff las ha llevado a “*confrontaciones*” y “*cuestionamientos*” sobre sus propias prácticas como docentes y profesionales.
- ✓ Para Amparo no existe un libro en el que se haya basado para fundamentar su rol como asesora de prácticas.

Ahora bien, también aparecen informaciones sobre las **instituciones** donde las/os practicantes se desempeñan:

- ✓ Linda afirma que se ha encontrado con instituciones educativas en las que el “psicólogo, o el rector o el docente, o el coordinador” le pide a las/os estudiantes, por ejemplo, en casos de abuso infantil, que indaguen constantemente, como “si fuéramos investigadores privados”.
- ✓ Amparo, señala que hay instituciones que ponen “*sobre los hombros de un estudiante*” la *responsabilidad ética* que todos deberían asumir.
- ✓ Y Juan aduce que desde el staff ha debido dar “una pelea” porque las empresas han querido que “*el estudiante sea un empleado más*”, trabajando 48 horas en lugar de las 36 exigidas por la universidad.

Por último, las narrativas de estas/os participantes se refieren a la **universidad** en relación con el contexto del staff:

- ✓ Del grupo A, Juan y Julio se recuerdan entre ellos que antes la universidad propiciaba espacios de reflexión para las/os docentes. Pero que ahora, afirma Julio, la preocupación se concentró en los “*formatos*”, por eso Juan *considera necesario “pensarnos cómo los estamos preparando”* y, por tanto, revisar el currículo para ajustarlo a las necesidades identificadas en el staff.
- ✓ En el grupo B, Clara sugiere que en la universidad se pueda ir “*más allá de esos formalismos*”, siendo Amparo quien proponga “*minimizar el énfasis en la logística*”, sistematizando esos años de experiencias en el staff para generar un “*conocimiento pedagógico, didáctico, e incluso epistemológico*”.

Pero todas estas caracterizaciones deben contextualizarse al momento en el que se produjeron las informaciones durante los talleres, es decir, a la pandemia por covid-19, de allí surge la pregunta: ¿qué efectos tuvo esa crisis sanitaria y social en la dinámica del staff?

Aunque al grupo A no le preguntamos directamente por las experiencias docentes en el marco de ese escenario, tal como lo hicimos con el grupo B, sí aparecieron algunas narrativas que nos mostraron elementos para responder esa pregunta. Será Juan en el grupo A, quien particularmente relate el cambio que se da en sus grupos de staff en el ámbito organizacional. Según él, por motivo de la pandemia, cambiaron algunas funciones de las/os estudiantes, porque debieron encargarse de “*hacer seguimiento a los empleados que estaban haciendo teletrabajo*”, además de abrir “*zonas de escucha*”, y hacer “*psicoeducación y acompañamiento en situaciones emocionales*”.

Por su parte, en el grupo B las docentes evidenciaron lo siguiente:

- Amparo sostuvo que se incrementó la autonomía y contacto directo con estudiantes, porque a partir de la virtualidad no había necesidad de traslados, y esto permitió más dedicación a los análisis de los casos desde la teoría.
- Cambió el tipo de problemáticas de las personas atendidas en el consultorio de la universidad en donde se llevan a cabo las prácticas clínicas. De acuerdo con Amparo, en el 2019 eran “*trastornos en la relación de pareja*”, “*depresivos y de ansiedad leves*”. Con la pandemia en el primer semestre llegaron casos de “*trastornos del sueño*”, “*de ansiedad y depresivos*”, pero en el segundo semestre llegaban “de 10 consultantes 8 con *riesgo de suicidio*”. Esto obligó a un cambio en las capacitaciones dirigidas a practicantes centrándose en “*Primeros auxilios psicológicos y atención en crisis*”, y además “ser más directivos y más rápidos en la forma de proceder”.
- Amparo subraya que el acompañamiento virtual a las/os practicantes les dio “la posibilidad de no *enloquecer*”, pues debieron volver a sus ciudades de origen con sus *familias disfuncionales*, de las cuales habían huido al vivir en Medellín “con la excusa de ir a la universidad”. Se sumó a eso “*las necesidades de salud*”, los “*problemas económicos*”, las “*rupturas amorosas*”, “hasta evidenciar en ellos mismos *trastornos de ansiedad, de sueño y depresivos*”. También mencionó que “se nos estaba juntando mucho trabajo” y que luego *aprendieron a “darle límite”*.
- Lo anterior también es destacado por Linda, para quien el primer semestre fue “*desgastante*” pues fue un “cambio muy abrupto”, porque cuando se suspendió la presencialidad aparecieron en las/os estudiantes los “*miedos*”, “*angustias*” y “*ansiedad*” frente a al covid-19, el encierro y “*estar 24/7 con sus familias*”. Siendo necesaria mucha “*contención*”, aunque insiste, “siempre la contención es normal”. Destaca que en el

primer semestre la intención del staff fue de “*arreglárnosla con lo que tenemos sin tener que presionarnos demasiado*”, pues había instituciones públicas con pocos recursos.

Además, comenta que gracias a la virtualidad ella y sus estudiantes fluyeron más en los encuentros, pues “ese asunto del semblante cambió”, refiriéndose a la postura corporal, los gestos y apariencia que la han caracterizado como docente.

Pasemos ahora al contexto de las asesorías de prácticas en la universidad pública. En este caso nuestras/os docentes aportaron pocas informaciones acerca de este tema en comparación con lo presentado por los de la facultad privada. En las descripciones del grupo C, Robinsón comenta que al iniciar el “*acompañamiento*” les pregunta a sus estudiantes por el “*gusto*” por su carrera, siendo esta una forma de disminuir “la *angustia* del practicante”. Además, dice que establece un “*canal de comunicación permanente*”. En este mismo grupo C, Maria cuenta que ha tenido practicantes en Medellín y en regiones (sedes de la universidad en diversos municipios de Antioquia), que algunos realizan prácticas en el área educativa y que “desde una perspectiva más comunitaria” otros realizan “*actividades de prevención y promoción*” en un centro asistencial, o sea, en el área de la salud, pero que ella ubica en el campo social-comunitario debido a que ese es su énfasis teórico.

El grupo D dio también ideas sobre ese proceso de asesorías de prácticas en la universidad pública. Naty plantea que sus estudiantes se “*angustian*” debido a los pedidos de la institución y se “*desbordan*” por “falta de planeación” o porque no tienen “*estrategias de afrontamiento*”. Hernán también comenta algo similar de un estudiante que asesoró y que tenía “*ansiedad*”, “*inseguridad*” e “*incertidumbre*” ante la práctica. Y Helena los ve “*alienados a las instituciones*”, y por eso busca que tomen distancia y se interroguen al respecto.

Naty fue la docente que más informaciones nos brindó, indicando lo siguiente: cada proceso de asesoría es un “*aprendizaje continuo*” y que no es como el curso en el que se preparan las unidades; hay agencias que no le cumplen al estudiante; desde el primer encuentro pregunta a sus estudiantes por las expectativas y si *han tenido proceso individual*, notando con sorpresa que muchos llegan afirmando que “*yo no necesito ir al psicólogo*”. Este énfasis por el proceso individual también lo señala Hernán, quien les dice a sus estudiantes “*haga su proceso de psicoterapia personal*”.

Entonces podemos resumir que la asesoría de prácticas en la universidad pública se caracteriza por lo siguiente:

- Las/os docentes asesoran a estudiantes que están matriculadas/os en el pregrado de psicología en la sede principal en Medellín o en las otras sedes regionales de la universidad.
- Similar a las/os de la facultad privada, las/os asesoras/es pueden acompañar de manera simultánea las prácticas en diferentes campos aplicados de la psicología, emergiendo un detalle importante a propósito de la elección por un determinado enfoque teórico que daría cuenta del campo aplicado (ej. perspectiva comunitaria) así no coincida con el lugar concreto al que generalmente se la asocia (ej. centro de salud en vez de barrio).
- Las/os estudiantes de la universidad pública, igual a las/os de la privada, tienen angustias y ansiedades ante las prácticas, además de dificultades para tomar distancia de las instituciones.
- Así como las/os de la universidad privada, estas/os profesoras/es incentivan las preguntas en sentido reflexivo, y la recomendación de iniciar proceso personal o psicoterapia.

- Y concuerdan también con los grupos de la privada en que se da un aprendizaje derivado de las asesorías de prácticas.

Para actualizar este escenario en relación con la pandemia, las/os profesoras/es del grupo C mencionaron que:

- En las prácticas organizacionales Robinsson percibió que cambió la “*forma de planear*”, “*centrándose en objetivos*”; distinto a lo que sucedió en el ámbito educativo, en el que se tuvieron que ampliar los alcances, por ejemplo, realizando acompañamientos más técnicos como aconteció con un estudiante que tenía formación previa en ingeniería de sistemas y con este saber apoyó a los docentes de la institución.
- Maria comentó que “los estudiantes, eh, estaban un poco *abrumados* con la situación”, y que por eso intentaron en las asesorías grupales analizar casos y así “sintieran que estaban aprendiendo”, ya que había actividades que no podían llevar a cabo en las instituciones. Sin embargo, tuvo una estudiante con “*dificultades*” en la conexión de internet, adaptando sus funciones orientadas más a la investigación de material que enviaba a sus colegas para el desarrollo de talleres o consultas individuales.
- Maria agregó que para ella lo abrumador no fue tanto la situación de pandemia, sino que “*sintió un bombardeo de información*” que la llevó a cuestionarse “*¿yo voy a ser capaz con esto?*”, pero que luego en las universidades donde trabaja se adoptaron las respectivas plataformas “y no era tan complicado”.
- Por su parte, Astrid reconoció que “al principio el *impacto fue mucho en el proceso de adaptación*”, aclarando que las/os estudiantes estaban “*muy movidos emocionalmente*, como creo que muchos estábamos”, y que por eso a ella como asesora le “tocó

acompañar mucho” a sus dos estudiantes de ese momento. Y refiere que las agencias fueron efectivas en la disposición de recursos, pero que no se vio facilitada por la falta de conectividad de aquellas personas a las que les ofrecían los espacios de psicología.

Desplegamos en estos resultados todas las narrativas en los grupos de docentes de ambas universidades con el fin de dar cuenta del contexto de producción de las prácticas discursivas sobre salud mental. Ahora vamos a profundizar en los repertorios que se pueden relacionar con la salud mental teniendo presente datos analizados en las estrategias utilizadas previamente.

1. Repertorios de salud mental

Debido a la gran cantidad de palabras y expresiones que resaltamos en cursiva, verán en la siguiente tabla una primera organización de ellas; las tres primeras columnas contienen algunas que están ligadas a las categorías que sugerimos anteriormente para organizar la asociación de palabras, ellas son: Condiciones de vida y derechos humanos, Procesos mentales y Otros. En la última columna están aquellas que parten de una idea de salud mental en su sentido de enfermedad, trastorno o síntoma que no fueron mencionados en la asociación de palabras, pero que emergieron en las siguientes fases del taller, apareciendo con mayor énfasis en las conversaciones sobre el contexto de asesoría en tiempos de pandemia. Con esto queremos hacer visible la relación entre las estrategias analíticas y entre los resultados a partir de las categorías. Cabe agregar que los consideramos repertorios, pues constituyen los principales contenidos de las prácticas discursivas en este grupo de docentes.

Tabla 11. *Repertorios de salud mental de docentes de dos universidades de Medellín, Colombia, analizados en mapas (Parte I)*

Condiciones materiales y contingencias sociales	Procesos mentales	Salud mental en positivo (Otros)	Salud mental en negativo: Trastornos o síntomas
Gente muy pobre	Emociones	Arreglárnosla sin tener que presionarnos tanto	Miedo de "mirarse a nivel personal"
Situación material-física	Aprendizaje continuo	Fluyeron más en los encuentros	Parecer "súper héroes"
Familias disfuncionales	Aprendieron a darle límite	"Gusto" por su carrera	Desbordados
Necesidades de salud	Movidos emocionalmente	Estrategias de afrontamiento	Detonados
Problemas económicos			En "crisis"
Rupturas amorosas		Forma de planear, centrándose en objetivos	Inquietudes
Encierro		¿Yo voy a ser capaz con esto?	Angustias
Estar 24/7 con familia		Impacto fue mucho en el proceso de adaptación	Temores
Instituciones públicas con pocos recursos			Resistencias
Dificultades en la conexión de internet			Confrontaciones y cuestionamientos
			Trastornos en la relación de pareja, depresivos y de ansiedad leves
			Trastornos del sueño, de ansiedad y depresivos
			Riesgo de suicidio
			Enloquecer
			Trastornos de ansiedad, de sueño y depresivos
			Desgastante
			Miedos, angustias y ansiedad
			Angustia
			Angustian
			Desbordan
			Ansiedad
			Inseguridad
			Incertidumbre
			Abrumados
			Sintió un bombardeo de información.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Decimos que se trata de una primera parte porque suponen un sentido focalizado en la salud mental *de* una persona. Y por esto, cada repertorio describe en un determinado aspecto a esa persona, por ejemplo, porque cuenta con una situación socioeconómica particular (pobre, sin internet), o tuvo determinada experiencia vital (ruptura amorosa, encierro, familia disfuncional); porque tiene unas cualidades que la caracterizan psicológicamente, vale decir, intraindividualmente (miedo, angustia, inseguridad, emociones, aprendizaje, se adapta y se enfrenta a lo que sucede) o porque tiene un trastorno.

La segunda parte de los repertorios de salud mental van en otra dirección, puesto que, por un lado, se trataría de la salud mental como objeto de intervención, y por el otro, como dependiente de la lógica institucional. Al primer grupo lo nombramos: *repertorios de intervención en salud mental*, puesto que describen actividades o acciones concretas que minimizarían los aspectos de la versión negativa de la salud mental indicados en la anterior tabla. El segundo tiene el calificativo *repertorios de la salud mental en relación con la institucionalidad*, vinculado directamente con las narrativas analizadas en los árboles que partían del supuesto que las instituciones definen posturas conceptuales o técnicas a las que las/os profesionales en psicología se deberían adscribir. Estos repertorios los sistematizamos así:

Ilustración 10. *Repertorios de salud mental de docentes de dos universidades de Medellín, Colombia, analizados en mapas (Parte II)*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

En el lado izquierdo hay actividades grupales (trabajo en equipo, construcción colectiva) e individuales (zonas de escucha, primeros auxilios); hay también finalidades de la intervención (contención, catarsis, introspección, apoyo, psicoeducar, promoción y prevención) y tienen unas características (canal de comunicación, es un acompañamiento en situaciones emocionales). Debemos clarificar que nuestras/os docentes usaron estos repertorios refiriéndose tanto a lo que sucedía durante las asesorías con sus estudiantes, como a lo que acontecía en las agencias de prácticas; sin embargo, esto también se puede extrapolar a lo que sucede con las actuaciones psicológicas después de la obtención del diploma, es decir, que coinciden con actividades que hacen cotidianamente las/os profesionales y en instituciones con dinámicas similares a las aquí reseñadas.

En el lado derecho del recuadro, la noción de salud mental a la luz de la institucionalidad también se delimita a lo que sucede durante las prácticas, pero podemos sacar provecho para entender en su amplitud este sentido producido en el taller. Por ejemplo, nos podríamos imaginar

lo que una empresa entiende por salud mental preocupada solo por lo técnico, lo logístico y por diligenciar formatos, que responsabilice a otros de sus tareas, o que no se pregunte por la forma de mejorar. Añadamos a esto una lógica inversa, la de la indeterminación en la postura de la persona empleada respecto a su lugar de trabajo, evitando la crítica o la reflexión aceptando toda condición institucional.

Y con esto surgen varias reflexiones. Primero: que los posicionamientos como docente o psicóloga/o en ocasiones se pueden fusionar, ya que asumen funciones de contención emocional de sus estudiantes en el ámbito de la formación. Segundo: que las actividades individuales o grupales, algunas de ellas asociadas tradicionalmente a la práctica clínica (introspección, catarsis), se pueden adecuar a diversos contextos diferentes a un consultorio, previa determinación de sus objetivos y alcances. Y tercero: que las instituciones pueden tener incidencia en nuestras prácticas psicológicas, pero que también debemos reflexionar cómo nos ubicamos frente a ellas. El segundo y tercer punto los ampliaremos en las secciones i y ii de este Capítulo.

A continuación presentamos el género discursivo identificado a partir de las expresiones en cursiva que resaltamos anteriormente y que amplían lo que acabamos de analizar con los repertorios.

2. Género discursivo: “¿Ya inició proceso?”

Recordemos que el género discursivo, definido por Bajtin (1952-53/1985), supone una forma típica de presentación de enunciados diversos y variables según la situación discursiva. Respecto a las narrativas analizadas en este estudio, identificamos particularmente un género discursivo compartido por varias/os de las/os docentes de los grupos A, B, y D que asesoran

prácticas de psicología. Lo hemos denominado “¿ya inició proceso?”, expresión que, aún bajo la forma de pregunta, alude a una *recomendación* que dirigen a sus estudiantes basada principalmente en una concepción de salud mental tendiente a una postura individualizante y centrada en los problemas.

Debemos agregar que elegimos la expresión *proceso* en la denominación del género discursivo considerando los repertorios de las/os docentes, pese a que algunos aludían directamente a psicoterapia. Sin detenernos en las diferencias entre las expresiones, podríamos señalar que proceso remite, según el Diccionario de la Real Academia Española (2021), a tres elementos: ir hacia adelante, transcurso del tiempo y fases sucesivas de un fenómeno natural o artificial. A partir de esto, podríamos convenir que el uso indistinto de proceso y psicoterapia se debe a que comparten estos elementos, y que ampliaremos en el Capítulo 6 de Discusiones.

Decidimos destacarlo como el principal tipo de género discursivo o forma típica de enunciado entre este grupo de docentes, porque cumple con lo que Bajtin sugiere: se da en una situación concreta y posición social de los participantes (relación docente-estudiante en las asesorías de prácticas en la universidad), hay una temática determinada (hacer proceso personal), los enunciados tienen una composición particular (que para este caso fue a modo de recomendación), y una entonación expresiva y valorativa (es preocupante si un estudiante no hace su proceso).

Este género se caracteriza porque hallamos en su base el “gran tiempo” del discurso que idealiza el proceso individual como forma privilegiada para abordar la salud mental, en su versión de problemas, dificultades o síntomas. Estamos destacando, así como lo enfatiza Bajtin, que este enunciado “¿ya inició proceso?” es un eslabón en la cadena discursiva en la que hay

otros enunciados ajenos, por ejemplo, el del discurso de la psicopatología, o del déficit como diría Kenneth Gergen (1994/2007).

Lo anterior está sustentado en diversos repertorios tales como: “proceso personal”, “proceso terapéutico”, momento de “trabajarse”, “buscar a alguien para comenzar un proceso”, “si han tenido enfermedades mentales”, si “han tenido proceso individual”, “yo no necesito ir al psicólogo” y “haga su proceso de psicoterapia personal”. Y también en aquellas descripciones que algunas/os de las/os profes hicieron de sus estudiantes: tienen miedo, angustias, ansiedades, temores e inquietudes, y por tanto “deberían” ir a terapia para abordar eso.

Además de esto, detectamos que el género discursivo de la recomendación para ir a terapia tiene una expresión emotiva de preocupación, tal como se da en un momento del taller con el grupo D cuando estamos conversando sobre límites de nuestra actuación en psicología. La narrativa es la siguiente:

Naty: A nivel de clínica, que es otro ámbito que acompaño, Mari a mí me *preocupa mucho*, Mari y profes, a mí me *preocupa mucho*, porque la primera pregunta que yo hago es cómo está tu proceso individual: profe nunca lo he hecho, profe a mí nunca me ha pasado algo que me haga ir al psicólogo, profe no, yo no creo que tenga que ir al psicólogo, yo he hecho mi proceso personal autónomo, ¡cómo autónomo!, ¡Jesús! (Risas de Helena) (cursivas nuestras).

Acento similar detectamos en las palabras de Clara refiriéndose a una estudiante:

“hablamos un poco y otra de las cosas que descubría era que, fue *muy charro*¹² porque yo le decía: “¿Quieres ser psicóloga, pero nunca ha ido a proceso terapéutico?”.

¹² Significa gracioso.

En ese acento expresivo hay también, así como lo plantea Bajtin, una valoración de Naty que supone “ir al psicólogo” como una acción necesaria debido a nuestra condición humana:

La psicología clínica lo tiene que atravesar a uno, atravesarlo completo, ¿cómo vas a entender la angustia de ese otro si tú no te has parado frente a un extraño a contarle tu historia íntima, tus más oscuros secretos puestos a la luz frente a un extraño? ¿Cómo pretendes entender al otro cuando enmudeces cuando se sientan frente a un psicólogo? Entonces yo creo que uno tiene que ser atravesado por esos elementos, no solamente desde lo teórico, porque él me dijo: profe, es que yo quiero conocer todas las técnicas, ¡no, no, no!, yo sé que la teoría es completamente importante y fundamental uno conocer las técnicas, pero es que *uno tiene que ser atravesado como ser humano* para poder sentarse a hablar frente a otro, pues, desde todos los campos, y entonces *la psicología lo tiene que (sic) atravesar* a uno completamente, pero desde la clínica me parece muy complicada esa postura de que yo no necesito ir al psicólogo, ¿cómo vas a invitar a otro a que vaya a tu espacio? pues, ¡para mí, no tiene lógica!. (cursivas nuestras).

Además de estos enunciados, también hay otros con los que caracterizan a las/os estudiantes como pobres o con dificultades económicas, ante lo cual cabe preguntarse: ¿quiénes son las personas que podrían acceder con mayor facilidad y rapidez a un “proceso”? ¿Hay suficientes garantías institucionales en la universidad para brindarle el acceso a terapia a las/os practicantes? Si eso es tan importante para la formación en psicología, ¿es una obligación individual de las y los estudiantes? ¿Cuál es la responsabilidad de las instituciones de educación superior con esa dimensión de la formación universitaria en psicología?

Es cierto que pueden acceder a servicios universitarios en salud o solicitar cita en el sistema sanitario, pero ¿“iniciar un proceso” se refiere sólo a su sentido tradicional de terapias “psi” - psicológica, psicoanalítica o psiquiátrica -? ¿Ese “proceso” puede contemplar otras posibilidades distintas a la psicoterapia? Incluso nos cuestionamos ¿por qué no hay enunciados dirigidos a estudiantes con salud mental en su sentido positivo, o sea, que “fluyen”, “son capaces”, se las “arreglan con lo que tienen” o que “aprenden”, tal como afirmaron en algunos momentos del taller?

Esto último revela la dinámica de las prácticas discursivas en cuanto al direccionamiento del enunciado, además de los efectos que pueda producir, pues persiste una visión de la salud mental en su versión de presencia de trastorno o problema, pese a que a nivel de palabras asociadas fueron mayoría los términos de connotación positiva. Por tanto, no estamos cuestionando la importancia de un proceso personal, y sí entendiendo el contexto de producción de esas prácticas discursivas y los sentidos construidos. Nos preguntamos ¿cómo puede interpretarse esa recomendación? Imaginemos por ejemplo que el ámbito narrativo en el que surge este género discursivo se amplía a otros escenarios, y que sea direccionado como enunciado a personas del barrio, la empresa, la escuela, la familia, ¿cuáles podrían ser las consecuencias y qué responsabilidad asume allí quien se denomine “profesional de la salud mental”?

Finalmente, esta *recomendación* de quien asesora prácticas, aunque surge a veces bajo la forma de pregunta, otras veces se trata de una afirmación que puede ser interpretada como una imposición autorizada por la lógica jerárquica de la supervisión y que creemos es característico de quien se ancla en el lugar de saber hegemónico de la medicina tradicional como lugar de saber/poder. En psicología, un modelo distinto sería la *supervisión compartida*, definida por

Mônica Lima, Fernanda Rebouças y Leila Grave (2018) como un ejercicio colaborativo de acompañamiento en el que están presentes la profesora de la universidad, las profesionales de la unidad de salud y las/os practicantes.

Creemos que la supervisión no sería exclusiva al ámbito de los servicios sanitarios, o al menos así lo indica la American Psychological Association en su Manual de supervisión en servicios psicológicos de salud publicado en 2014 afirmando que la supervisión “refiere a la supervisión clínica y subsume la supervisión conducida por todos los servicios psicológicos de salud en las especialidades de psicología clínica, consejería y la psicología escolar” (p. 2).

Independiente del uso de la supervisión en diversas áreas de la psicología, queremos subrayar que la supervisión compartida propuesta por Lima *et al.* (2018) se aleja de la supervisión clínica afín al enfoque médico, siempre que se consideren sus cuatro dimensiones, ellas son:

- 1) Técnico-asistencial, dimensión que alude a la planeación conjunta de las actividades coherentes con el contexto de trabajo.
- 2) Político-formativa, que concibe a la psicología como una profesión que defiende la democracia, y por tanto comprometida socialmente.
- 3) Afectivo-acogedora, consiste en la aceptación de las inseguridades que surgen durante el encuentro con las personas en contextos de vulneración de derechos, asumiéndolas como “ingrediente de superación” (Lima *et al.*, 2018, p. 675). En un capítulo de libro inédito, Lima, Alves, Rebouças y Grave (2019a) indican que también en esta dimensión una escucha cualificada debe tener en cuenta “la reflexión de cómo los pertenecimientos de género, de clase social, de raza/color tienen efectos en el cuidado y la gestión de la salud” (p. 10, traducción libre).

4) Educación permanente es la dimensión de la supervisión compartida en la que todas las personas están allí involucradas y a partir de sus interacciones están en permanente y mutuo aprendizaje.

5) Una última dimensión de la supervisión compartida, es descrita en otro texto de Lima, Alves, Rebouças y Grave (2019b), caracterizándola como un “espacio potente de producción de conocimiento” (p. 135), es decir, que articula docencia, extensión y pesquisa.

Cabe aclarar que la supervisión compartida es una propuesta para la formación en psicología en su nivel de prácticas que, al basarse en una noción más amplia de salud, tendría como efecto una ampliación también de esa sugerencia de “iniciar proceso”, la cual sabemos puede responder a una preocupación de la o el docente por el cuidado de la salud mental de la estudiante. Sin embargo, lo que aquí queremos destacar son las consecuencias de ello en el marco de la asesoría de prácticas o supervisión, por ejemplo, que se refuerce la idea de inseguridad adjudicada a la completa individualidad de la/el practicante. De este modo, esa recomendación, bajo la lógica de la supervisión compartida comprometida con la defensa de derechos y la reflexión crítica de lo que se hace, amplía discursivamente y en la práctica aquello que se asume como cuidado de la salud y que no se restringiría a un “proceso personal”.

Estos asuntos los ahondaremos en el Capítulo 6, mientras tanto daremos paso a la siguiente categoría.

ii. Fenómenos de salud mental y actuaciones psicológicas

Decidimos reunir estos dos temas en un mismo apartado debido a su estrecha relación. Entendemos los *fenómenos* como situaciones de salud mental identificados por profesionales de la psicología durante los intercambios con las personas y comunidades; las *actuaciones*

psicológicas son aquellas acciones direccionadas hacia esos fenómenos. En el taller les dijimos a las/os participantes que se ubicaran en el momento del staff o asesoría de práctica para compartir “alguna situación o fenómeno en particular que puedan relacionar con salud mental”. Nos llamó la atención que en todos los grupos las respuestas se centraron en fenómenos de salud mental de sus propias/os estudiantes, en lugar de los casos que las/os practicantes llevaban a ese espacio formativo para analizarlos y que era lo que esperábamos escuchar.

En esta ocasión, seguimos usando las cursivas para resaltar las palabras y expresiones, y subrayamos algunos momentos de interanimación dialógica, voces y posicionamientos, en los cuales se repetirán algunos contenidos de otras secciones, pero que nos revelan otros pormenores de los sentidos producidos. Cabe aclarar que no identificamos un género discursivo o enunciado típico propio a esta temática, y sí una reiteración del que ya presentamos en la sección anterior que denominamos “¿Ya inició proceso?”. Comencemos.

En el grupo A de la facultad privada, Julio es el primero en opinar que veía en sus practicantes un “*temor a la clínica*”, un miedo a verse a sí mismos. Y que además “buena parte de los muchachos manejan unas *cargas problemáticas bastante exigentes* para con ellos en sus vidas personales, no por la gente, son por su *procedencia*, por su *situación material-física*”. Estas informaciones dan cuenta de dos fenómenos de salud mental: uno de tipo individual en su sentido emocional, y el otro centrado en características socioeconómicas.

Aunque ese relato responde a la pregunta planteada, decidimos reformular la cuestión para priorizar las situaciones que identifican las/os practicantes en las instituciones y comunidades donde se desempeñan. Ante esto Julio plantea que: “son *asuntos de la vida familiar*”, “la gente realmente *aparenta* que está muy bien cuando no lo está” y “hay toneladas de *agresividad sobre el mundo infantil*”. Sin embargo, en su respuesta reitera que, frente a esas

situaciones de salud mental, ve en sus practicantes una *dificultad* para “separar su visión clínica de ese asunto solidario que todo ser humano carga”, y por eso la función de *contención* que tiene el staff. Volviendo de esta manera a la descripción de las dificultades de salud mental en las/os estudiantes.

En términos de interanimación, Julio se dirige directamente a mí cuando concluye su narrativa diciendo: “Mari, eso se presenta mucho, yo creo que es constante que siempre haya ese tipo de situaciones, sobre todo con el mundo infantil”, refiriéndose a la agresividad como fenómeno de salud mental. No creemos que fuera para ignorar a Juan y a Elizabeth, presentes en la videollamada, pero sí es señal de cómo se da en una conversación grupal los direccionamientos de los enunciados hacia una determinada persona, descrito por Bajtin (1952-53/1985), como el destinatario.

Quien sigue en el diálogo es Elizabeth, retomando la voz de Julio, agrega que además de las situaciones relacionales o económicas, también hay “*problema*” en una fase del *ciclo vital*, pero nota que sus estudiantes se “encartan” o se confunden con esto porque no ven allí una patología de manual. Después dice que se une al tema comentado por Julio acerca de cómo las/os estudiantes son “*atravesados*” por los casos, es decir, la afectación emocional que hace que lleguen al staff “*desbordados*”. Y con esto aprovecha para decirles a sus estudiantes la importancia de “trabajarse”, aclarando que esos son los momentos en los que, justamente por esa afectación personal con los casos, es prioridad “iniciar proceso”. Contenidos que le dan consistencia al género discursivo previamente presentado.

Esta dinámica del diálogo es muy particular porque, para volver al matiz de la pregunta que ya repetí una vez, le pregunto a Elizabeth si su staff es de educativa y si en “esos contextos que se denominan educativos hay algunas situaciones que se presentan relacionadas con salud

mental”. Ella interroga si se trata de “casos o temas”, y yo le aclaro que son situaciones en general que hayan llevado las/os practicantes al staff. Observamos con esto que le cuesta responder, pues dice:

Bueno, [mmmm], pues encontramos, [por ejemplo], [eh], pues en el trabajo que los muchachos hacen, [por ejemplo], con niños y con adolescentes, pues, obviamente hay muchas situaciones, [por ejemplo], *soledad*” y agrega “creo que esa es una de las situaciones que más, pensando en esas causas que más afectan la salud mental de los niños y es el *abandono*. (El uso de líneas dobles es nuestro para marcar las pausas).

Aunque finalmente nombra la soledad y el abandono como fenómenos de salud mental, nos preguntamos si las dos pausas (mmm, eh) y la repetición tres veces de la expresión “por ejemplo”, tienen que ver con la dificultad para dar cuenta de un tema que tiene tantos matices, tal como se evidenció en la asociación de palabras; o si mi lugar como interlocutora, reiterando en la misma pregunta, la afectó en su fluidez narrativa al no desvelar la intencionalidad de mi enunciado. Incluso contando con esto, es claro que Elizabeth ajusta sus narrativas al contexto del diálogo en el que nos encontramos, caracterizado porque es una conversación entre personas que tenemos en común la formación y experiencia profesional en psicología, además del ejercicio de la docencia en universidad. De este modo, la construcción de sentidos sobre fenómenos de salud mental, cada una/o desde nuestros respectivos ámbitos discursivos, alude a dos tipos de fenómenos, unos que denominamos generales y otros específicos. Entre los generales están:

- *Asuntos de la vida familiar*
- *Aparentar que se está bien*

Son generales porque describen emociones, actitudes o hechos amplios sin una referencia a una persona, dificultad o situación concreta.

De los específicos hay un primer subgrupo de repertorios que aluden a las/os practicantes:

- *Temor para verse a sí mismos*
- *Cargas problemáticas por su procedencia, por su situación material-física*
- *Dificultad para separar su visión clínica de su posición solidaria frente al otro*
- *Atravesados y desbordados por los casos que ven en las prácticas*

Y el otro subgrupo de específicos, refiriéndose a los fenómenos observados en las instituciones o lugares de práctica, son:

- *Agresividad sobre el mundo infantil*
- *Problema en ciclo vital*
- *Soledad y abandono infantil*

También nos llama la atención lo que menciona Elizabeth sobre el afán de las/os estudiantes por patologizar, sin ver posibilidad de diagnóstico cuando se les presentan esas situaciones de problemas del ciclo vital. De esto podemos deducir que para ella un fenómeno de salud mental no se reduce a un diagnóstico psicopatológico. No obstante, cabe agregar que el fenómeno de salud mental, según las palabras de Elizabeth, es aquel que causaría su afectación, o sea, que en realidad es un problema de salud mental, no necesariamente patológico, pero tampoco es salud mental. ¿Será que a nivel fenomenológico la salud mental no se puede describir si no es en relación con lo que la afecta? Pero ¿por qué en el ejercicio de asociación de palabras ninguna se relacionó con la alteración o la patología? Entonces, ¿se puede nombrar la salud mental de modo “positivo”, pero en cuanto fenómeno la descripción es de lo que la afecta?

Lo anterior se presenta bajo otro matiz discursivo en la narrativa de Juan, porque él responderá a mi pregunta por los fenómenos de salud mental diciendo que “siento que hay un asunto de salud en la introducción, en la ejecución o desarrollo del mismo staff como tal”. Con esto explica que el staff es un “espacio que por excelencia” motiva salud mental, debido a que permite *catarsis* y *contención*. Y esto implica que su descripción no sea del fenómeno de salud, sino de un espacio que la propicia o la promueve.

Finalmente, y a diferencia de las respuestas de Julio y de Elizabeth, Juan comenta que un fenómeno de salud mental propio de su staff en organizacional tiene que ver con el papel de las/os practicantes como “agentes o posibilitadores de procesos”, entre ellos, el de “*bienestar* de los empleados, de los colaboradores, de los aspirantes”. Para él, una forma de posibilitar ese “proceso” es mediante la *selección de la persona* más “idónea” para la organización. De acuerdo con esto, el bienestar confluye aquí como fenómeno y palabra asociada a salud mental, agregando que se trata de un proceso en el que hay unas determinadas acciones que realiza la/el psicóloga/o.

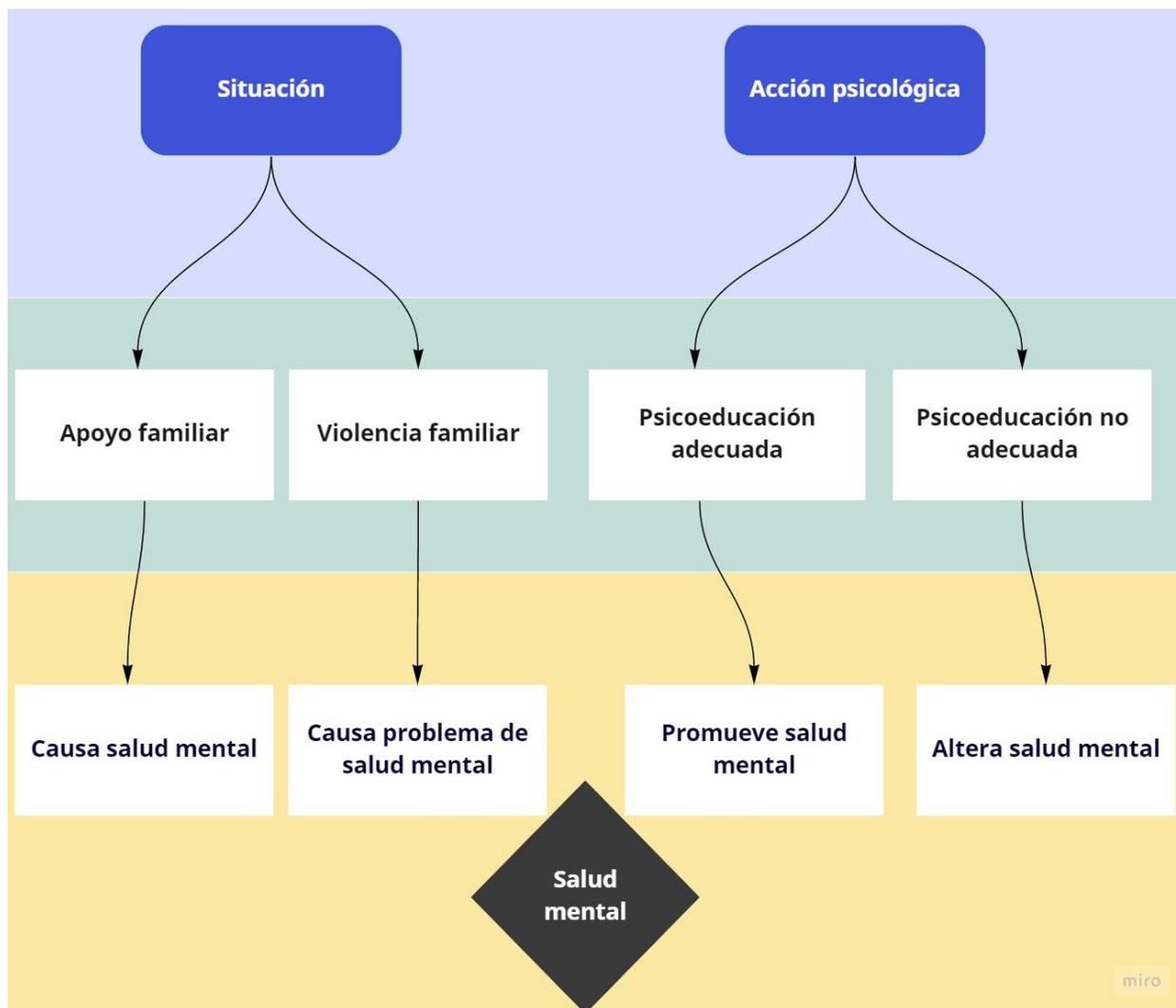
En definitiva, el fenómeno de salud es consecuencia de dichas acciones (selección de personal/contención) en un espacio determinado (empresa/staff). Se suman a estas acciones las actividades de psicoeducación y elaboración de cartillas durante la época de pandemia por la covid-19 que de acuerdo con Juan tuvieron que hacer las/os practicantes, modificándose así algunas de sus funciones tradicionales.

Y esto nos permite compendiar dos prácticas discursivas en este grupo: la primera considera como fenómeno de salud mental aquella situación que la afecta, por ejemplo, los problemas relacionales con la familia (agresividad sobre el mundo infantil y abandono). La segunda, se refiere a la salud mental producto de una determinada actividad que la promueve,

por ejemplo, es un logro del proceso de selección de personal. Con esto podemos apreciar que el sentido construido sobre salud mental es que a ella discursivamente se la describe como problema o como resultado de una acción de un profesional, en este caso, de la psicología.

En ambos casos consideramos que se trata de una misma lógica que puede ser intercambiable. Así como es posible una situación que afecte la salud mental, hay también otras que la incentivan. Y hay acciones que pueden ser “adecuadas” cuyo objetivo es promoverla, pero hay otras “no adecuadas” que la alterarían. En un esquema representamos esta idea retomando algunos repertorios de nuestras/os participantes:

Ilustración 11. *Prácticas discursivas de lo que sería un fenómeno de salud mental, según profesoras/es universitarias/os de Medellín, Colombia.*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Esta cuestión nos muestra los recursos discursivos de nuestras/os participantes para usar la expresión salud mental, entendiendo que dicho recurso sería una forma de uso de lenguaje que el hablante retoma del mundo cultural para referirse al fenómeno. En otras palabras, se conoce la salud mental en cuanto fenómeno mediante la descripción de *situaciones* (principalmente negativas) y de *acciones psicológicas* (adecuadas o no); así, el fenómeno puede describirse en diversos sentidos, pero en este caso parecen alejarse de la lista de palabras con acento positivo

asociadas durante los talleres. Por eso la pregunta ¿por qué la salud mental se asocia con tranquilidad, bienestar, relaciones, pero para describirla en situaciones concretas aparece en las narrativas de nuestras/os profes bajo la forma de problema o de acción del profesional?

Veamos cómo esto aparece también en las demás narrativas.

El grupo B, de la universidad privada, nos ofrece otros contenidos de las prácticas discursivas de salud mental. Linda es la primera en narrar la historia de una estudiante que en su staff se *encontraba muy mal* porque para esa época “estaba cumpliendo un año de muerto su hijo”. Y luego cuenta que otro “momento de salud mental” en su staff, fue cuando una estudiante “*se las arregla*” para afrontar el sentimiento de odio que le generaba ella como profesora. A partir de esto, las demás profesoras de este grupo siguen el mismo patrón de respuestas basado en la salud mental de sus estudiantes. Clara ejemplifica dos casos de practicantes que se caracterizaban por *no hablar de sí mismos*, una se *detona* en el staff porque se identificó con la historia que compartía otra compañera; y el otro estudiante “logra *detonarse*” cuando habla sobre su decisión de estudiar psicología sólo para agradar a sus padres. Por último, Amparo describe la situación de una chica que *entra en crisis* y “empezó a llorar muy mal, *desmoronada*”, pues había reconocido que una colega estaba contando el caso de abuso sexual de su sobrino.

Al finalizar estas respuestas, reitero en la pregunta inicial insistiendo en contar ejemplos de situaciones con las que se encuentran las/os estudiantes durante las prácticas. Clara dice que ha tenido casos de *ideaciones suicidas*, de *abuso sexual* a un niño de preescolar; y Linda, siguiendo el hilo temático del abuso sexual, agrega que es una situación que *desborda* a las/os estudiantes en las instituciones, porque hay varios obstáculos a la hora de *activar rutas*, *apoyarse en docentes* y rectoría, o denunciar, básicamente porque los padres pueden pertenecer a grupos armados ilegales dueños del territorio donde está ubicada la escuela o colegio. Amparo habla

también de la ideación suicida, pero destacando que debió *contener la crisis* de una de sus practicantes porque un niño que ella acompañaba se suicida. ¿De qué otra forma se podría reaccionar ante esos tipos de situación (abuso sexual, suicidio)? ¿qué implicaciones tiene el uso de esos repertorios crisis, desbordar, detonar, desmoronar para indicar salud mental de las/os practicantes?

En cuanto a las actuaciones, Linda enuncia que sus estudiantes hacen *acompañamiento, psicoorientación, atención en crisis, y activación de rutas*. Clara usa también el término acompañamiento, y menciona la *remisión*. Y Amparo, nombra el *apoyo al apoyo*, refiriéndose a lo que se hace durante el staff para *contener* a quienes allí entran en *crisis*. Si recapitulamos hasta aquí, para estas docentes un fenómeno de salud mental puede ser:

- *encontrarse muy mal*
- *arreglárselas con ese malestar*
- *detonarse*
- *entrar en crisis*
- *desbordarse*
- *ideaciones suicidas*
- *abuso sexual*

A partir de lo que escucho decido plantearles lo siguiente:

Ustedes hablaron de tranquilidad, hablaron de espiritualidad, hablaron de la capacidad de afrontar las situaciones de la vida, pero miren que cuando hablan de esas situaciones en los contextos de staff se van a referir al suicidio, al abuso, a situaciones, por ejemplo, graves o que son complejas. Entonces, ¿ustedes que piensan de eso?

Linda y Amparo indican que no entienden la pregunta y me dirijo a Clara para saber qué comprendió. Clara responde que la salud mental “debería tener como unos calificativos y cuando nos enfrentamos a lo que viven los estudiantes no serían más calificativos y lo nombraría como realmente es” y añade que “la salud mental no es una condición, sino una situación de preparación”. Esto es interesante porque parece ubicar el calificativo del lado de lo ideal o esperado (salud mental), pero que en la “realidad” de su dificultad, lo calificado ya no se corresponde con ese calificativo.

Después de esa respuesta de Clara, Amparo nos dirá que en los últimos “12 años yo recuerdo que se hablaba de salud mental y siempre hablábamos de enfermedad mental”. Sostiene que el concepto se ha ido comprendiendo con el tiempo, pero que a nivel práctico vuelve a aparecer “ese paradigma de la enfermedad mental” y finaliza diciendo:

También porque hay una falta de aplicación continua en el concepto de salud mental y la gente llega tan deteriorada a ciertos espacios que no queda más que hablar de lo que ocurre, del caos que hay frente a la salud mental, entonces vuelve y se voltea el discurso.

A esta conversación, Linda añade otros argumentos

No, pues es que yo creo que Amparo, si, tiene que ver con eso que estaba diciendo Amparo. Creo que nosotros cuando pensamos la salud, la pensamos siempre con base en la enfermedad, entonces pensamos que la salud es la ausencia de la enfermedad, entonces por eso, eh, inmediatamente nos remitimos a la psicopatología, a todos los trastornos y creo que es la experiencia que todas hemos tenido. Hablamos de salud mental es como el otro puede arreglárselas en la vida con todas las palabras que asociamos, es precisamente para evitar la enfermedad o para que la persona logre

arreglárselas con sus malestares, con sus trastornos o con lo que sea, entonces por supuesto, creo que están íntimamente relacionados.

Noten que aquí además de citar a Amparo, Linda también se está refiriendo implícitamente a la definición institucional de salud de la OMS como ausencia de enfermedad. En los comentarios de las tres profesoras identificamos recursos discursivos para usar el término salud mental semejantes al del grupo A. Por ejemplo, de nuevo en las narrativas se enfatiza en la salud mental como problema (suicidio, abuso sexual), y que es inevitable por ser una “realidad” de “gente que llega tan deteriorada”. Pero también se destaca un carácter activo de la capacidad de la persona para “arreglárselas” con lo que tiene, y, por tanto, la salud mental sería aquí una respuesta individual para evitar la enfermedad.

Para finalizar el análisis de estas/os profes de la universidad privada, retomemos de ambos grupos las acciones psicológicas:

- Contención y catarsis
- Psicoorientación y elaboración de cartillas
- Proceso de selección
- Acompañamiento
- Atención en crisis
- Activación de rutas
- Apoyarse en otras instancias de la institución
- Remisión
- Apoyo al apoyo

Al releerlas nos parece curioso que no aparezca la psicoterapia, no porque sea obligatorio que la mencionen, sino porque se supone que ese sería el tipo de actividad al que acudirían las/os practicantes de psicología para “trabajar” sus “temores”, según el enunciado típico o género discursivo ya indicado. Todavía no tenemos elementos para profundizar en el análisis de estas acciones profesionales, por eso, vamos a continuar con el análisis de este momento del taller en el grupo C de la facultad pública, en el cual lamentablemente Astrid no pudo participar porque se desconectó de la llamada para resolver un asunto en su lugar de trabajo.

A mi cuestionamiento “¿Qué podrían recordar como un fenómeno de salud mental, eh, así un ejemplo muy particular o varios ejemplos? como quieran. ¿Qué se les puede ocurrir?” Maria es la primera en responder diciendo: “es que estaba pensando Maricelly que... pues, que finalmente todo lo que hacemos pensando en esta amplitud, tiene que ver con esto (sonríe), cierto, son fenómenos que tienen que ver con salud mental”.

Añade que no sabe si la pregunta es por un caso específico, similar a la inquietud de Elizabeth en el grupo A acerca del tema o caso, que para nosotras significan lo mismo sólo que tienen diferente presentación: el tema es general, por ejemplo, abuso o abandono, y el caso, es la historia concreta de una persona, familia, pareja, comunidad u organización en la que se desenvuelve el tema. Yo no hago esta aclaración y mantengo la pregunta abierta ante la que Maria cuenta que se le ocurre que un fenómeno de salud mental lo puede ejemplificar con una practicante que alguna vez asesoró y que la había elegido a ella por su experiencia en la intervención psicosocial. En el relato, esa estudiante estaba más interesada en la teoría de la psicología cognitiva, razón por la cual Maria debe aclararle que ella no maneja ese referente y que en el campo social-comunitario el enfoque no es el problema, porque se trata de “construir una visión x desde distintos lados y donde el problema mismo es la intervención”. Luego

acrecienta que cuando la practicante comienza a escuchar en consulta individual a las mujeres de una comuna de la ciudad y sus experiencias de *duelo* y *violencia* en el barrio y la familia, se pregunta cómo las estaba escuchando, porque no le funcionaba su teoría de las ideas irracionales y por eso inquiere a Maria: “¿voy a *escuchar* y no hacer nada?”. Maria concluye su historia argumentando que este ejemplo permite interrogar el ideal de la intervención y los contextos en donde “lo que está afectado precisamente son esas condiciones de salud mental, eh, pues, unas condiciones externas al mismo tiempo internas, porque son unas personas que se han desenvuelto allí”. Rescata además la importancia de la *escucha*, siendo justamente eso lo que estaban pidiendo las mujeres de esa comunidad.

A partir de estos enunciados, podríamos comentar lo siguiente: 1. Que la intervención psicosocial en salud mental no está determinada por una exclusiva visión teórica, y sí está más centrada en la problematización de la intervención; 2. La puesta en escena de los fenómenos de salud mental se evidencian como condiciones afectadas en los contextos sociales, y que pueden presentarse de manera externa (*violencia barrial*) o interna (*duelo* de la mujer que vive en ese barrio); 3. Que, a nivel de la acción dirigida a esos fenómenos de salud mental, la *escucha* es una posibilidad; 4. No olvidemos su apreciación de que finalmente *todo lo que hacemos* tiene que ver con salud mental y que se va a reiterar en la postura de Robinsson.

Este profesor se adscribe principalmente al campo de la psicología organizacional, y desde allí se enmarcan sus respuestas. Inicia afirmando que con sus estudiantes indaga sobre la relación entre el *gusto* por la carrera y lo que van a contribuir en la agencia de práctica. Cita la voz de Maria, para subrayar la importancia de los cinco años en los que nos enseñan a *escuchar* y *saber preguntar*, y agrega que “incluso las herramientas empiezan a llegar por añadidura y uno las va organizando en su forma de ser psicólogos y va haciendo su kit o forma de intervención”.

Con esto Robinsón pretende justificar su opinión sobre la necesidad de trabajar con “un problema sistémico (...) en el que hay diferentes muestras disciplinarias y son proyectos más sistémicos, pero parten del hecho de hablar con la comunidad, de entenderla y poder conectar lo que está como necesidad puntual en esa agencia más lo que el estudiante está dispuesto a dar y sabe hacer”. Así las/os practicantes llegarían a las organizaciones para aportar con algo puntual, contando previamente con las necesidades identificadas por las personas en la institución o comunidad. Según él, esta forma de asesorar la práctica disminuye “*la angustia del practicante*” quien “sabe que sabe mucho, pero no saben cómo implementarlo”.

Cuando él termina de exponer sus ideas, le pido que nos comparta fenómenos de salud mental en esos escenarios organizacionales, puesto que se había centrado más en las/os estudiantes. Y ante esto, él se posiciona como “coordinador de innovación en la universidad”, para contextualizar la solicitud que hizo alguna vez al Departamento de Psicología para tener practicantes de psicología clínica que *acompañaran* a las personas que crean empresas o están creando nuevos proyectos de emprendimiento.

Estas/os practicantes se encargarían de: conectar el *plan de vida* con las *capacidades* y conocimientos, trabajar la *tolerancia a la frustración*, la capacidad de *adaptación* y la *resiliencia*, además de entender la personalidad para “poder *empatizar* con otras personas dentro de los equipos de trabajo”. Suma a estos fenómenos de salud mental, *síndrome del quemado*, *comunicación*, *clima laboral*, y casos de personas con “*ciertas patologías*”. Finaliza afirmando que: “Entonces lo que atraviesa la salud mental en la organizacional, más allá del campo, es que mientras haya un humano, hay alguien con el que trabajar la salud mental”.

Ese posicionamiento como líder en el ámbito de la innovación, combinado con su rol como docente de psicología que asesora practicantes en la universidad pública, nos permite

delimitar el contexto de los múltiples repertorios sobre salud mental que él enuncia. Y para poder aproximarnos a tantos detalles iniciemos con una clasificación de los fenómenos que podríamos calificar de *positivos*, semejantes a los de la asociación de palabras, ellos son:

Gusto por la carrera - Plan de vida – Capacidades –

Tolerancia a la frustración – Adaptación -Resiliencia –

Empatía – Comunicación - Clima laboral

Los demás, de tipo negativo, aluden a: *angustias, temores, síndrome y patologías*. En términos de actuación, Robinsson destaca la escucha, saber preguntar y el acompañamiento. Este último término ya fue empleado por varias/os de nuestras/os docentes en los otros grupos, sin que podamos advertir su especificidad. Cabe añadir que identificamos en estas prácticas discursivas de Maria y Robinsson opiniones compartidas, por ejemplo, ver la salud mental en su amplitud durante el trabajo con seres humanos en general, y en el reconocimiento de la escucha como un tipo de actuación. Asimismo, en las narrativas de Maria y Robinsson hay sentidos negativos de la salud mental, en cuanto problemas o afectaciones (duelo, violencias, patologías, síndromes). Ahora bien, la dimensión individual de esos fenómenos vuelve a ser relevante, que parece reforzar la creencia de Robinsson y el sentido allí construido de que serían psicólogas/os clínicas/os las/os principales encargadas/os de la salud mental en la organización, surgiendo así la confusión respecto al reduccionismo de la salud mental con la psicología clínica, empero no siempre en su versión psicopatológica, como hasta ahora lo hemos visto. Entonces ¿cuál sería la especificidad del trabajo en psicología clínica? ¿debe ser en relación exclusiva al trabajo con patologías? ¿es posible separar tajantemente la salud de su alteración que la caracteriza porque es algo problemático o patológico?

El último grupo de la universidad pública se caracteriza porque en él se repiten algunas de las narrativas que ya identificamos en los demás talleres, por ejemplo, la referencia a la salud mental de las/os estudiantes. De esto, Naty destaca la *confrontación* entre las expectativas personales de las/os estudiantes y las de la agencia de práctica, las *crisis* y *angustias* generadas por la sensación de incompetencia para responder a las demandas de la institución, o cuando se *desbordan* de trabajo por “falta de planeación”, *dificultad* para poner límites y carencias en las *estrategias de afrontamiento*. Para Naty, todo esto son *problemas de salud mental* y que “de esos no he tenido casos *más delicados* que deba atender en práctica”. En su rol de asesora, Naty afirma que siempre en su primera asesoría les pregunta a las/os estudiantes por sus expectativas, y así “poder tener ese *equilibrio*” entre éstas, las de la agencia y las de la práctica.

Llamamos la atención de estos repertorios para describir fenómenos de salud mental, pues la mayoría son esencialmente de tipo negativo, aunque, según ella, no tanto para representar algo “*más delicado*” – suponemos que una psicopatología -; y que su forma de actuar ante esos fenómenos en ese escenario formativo de la asesoría de práctica, es interrogar las expectativas para equilibrarlas.

Después se produce en el diálogo una pausa para rectificar si se ha entendido bien la pregunta sobre los fenómenos de salud mental. En esta ocasión, Helena dice:

Mari, yo no sé si no te entendí la pregunta, pero es que yo veo la salud mental en escena en todas partes, desde el saludo, pues en todas las situaciones para mí, o no sé si estés preguntando por situaciones críticas del ejercicio de asesorías de prácticas.

Yo le respondo: se trata de ver todas las posibilidades, así como acabamos de ver esa diversidad de términos, entonces, en efecto son todas las situaciones que ustedes quieran destacar.

Aquí surge otra vez lo mencionado por Robinsón y María en el grupo C, sobre una generalización del fenómeno de la salud mental, en contraste con una manifestación específica o “situación crítica”, siendo lo crítico un problema o dificultad. De allí que Helena, aun cuando *ve la salud mental en todas partes*, describa como ejemplo de un fenómeno de salud mental una experiencia en la que *“faltó ecuanimidad”*. En resumen, se trata de una experiencia que tuvo con uno de sus estudiantes y una inminente demanda legal por sospecha de abuso sexual que iba a hacer una consultante en contra del practicante. Inicia así: “yo resaltaría una situación en donde vi lo *enfermos* que estaban todos”, refiriéndose a las actitudes del personal administrativo de la universidad que tuvieron un *“manejo tan escandaloso”*, cuando en realidad se podía resolver más *tranquilamente*. Para Helena “un *episodio de enfermedad*” equivale a un momento en el que no se resuelve algo con *calma y tranquilidad*. Es interesante que, en estos repertorios, los sentidos que se producen sobre la enfermedad no tienen que ver con las patologías o trastornos, sino con asuntos cotidianos mediados por las relaciones y la comunicación, y que para Helena sirven como ejemplos de fenómenos de salud mental. Por tanto, el uso de repertorios como *enfermo* o *situación crítica*, no tienen que ver con su significado patológico o de alteración, adquiriendo una connotación general -diríamos también de uso coloquial-.

Queremos resaltar de estas narrativas que el uso del lenguaje que creemos especializado no necesariamente coincide con la situación concreta, sirviendo, en este caso, para describir asuntos cotidianos que ameritarían de otro tipo de repertorios. También es cierto que esto justifica el análisis centrado en los usos, finalidades y contextos de producción, además de sus consecuencias.

Por fin, tenemos la narrativa de Hernán, quien desde el inicio sostiene que va a conectar su respuesta con lo que dijo Helena. Para introducir su ejemplo explica que

(...) es que nosotros entendemos la salud mental como un conjunto y esperar la salud mental en la sociedad y yo creo que ahí es que nos vamos a morir esperando, y entonces, empieza uno a considerar y particularmente entonces, esto de la salud mental, ¿a que llevaría a un individuo, a un sujeto? Por lo menos que ese sujeto empiece a entender que puede tener una salud mental a pesar de que su contexto pueda ser muy dañino.

Y con este referente relata la experiencia de uno de sus practicantes que, en su primer semestre de práctica, con un “alto nivel de *ansiedad*” que lo “lleva un poco a la *inseguridad*”, llega a una agencia donde la coordinadora se percibe como una persona, en palabras de Hernán, “con un alto nivel de *ansiedad*”, “como con una sensación de no manejar esos elementos, de eso que ahorita decía, hablaba Helena. de la *tranquilidad*”. Comenta Hernán que la agencia reporta dificultades del estudiante que podían acompañarse desde la asesoría, pero que para esto es necesario que “se *armonice* la agencia”, situación que sintetiza de este modo:

Digamos que todo esto se va ligando como a un ejercicio de no salud mental, precisamente porque dentro de la posición muy subjetiva desde cada punto de vista, va llevando a una situación de un problema muy grande del cual no había problema.

En ese contexto, Hernán subraya la importancia de la comunicación, y agrega que por eso en su papel de asesor les reitera a las/os estudiantes que hagan “su proceso de *psicoterapia personal*”; desde su perspectiva, Hernán asume que en esa situación se estaban poniendo en conflicto “una situación *muy de síntoma, unas características* del estudiante” y también de la coordinadora de agencia, que luego se tornó en un problema muy grande, sin que realmente lo

fuera. Concluye que “a lo que voy y muy de acuerdo con lo que ahorita decía Helena es si lo hubiésemos abordado de una forma *tranquila*”.

Las expresiones y enunciados en la narrativa de Hernán acerca de lo *subjetivo*, *cada punto de vista*, *síntoma* y características tales como *ansiedad* e *inseguridad*, se consolidan como contenidos de una práctica discursiva de la salud mental en su connotación individual, que se robustecen con otros repertorios tales como *armonía* y *tranquilidad* para abordar una situación. Y esto nos recuerda ese acento de la salud mental como una forma de “arreglárselas con algo”, ¿será que debido a este argumento se justifica el enunciado típico de “iniciar proceso” o el “trabajo personal en psicoterapia” del que debe responsabilizarse la o el practicante?

No podemos terminar este apartado sin clarificar que no todos los sentidos producidos en los talleres redundaron en esta práctica discursiva de la salud mental individual. Y para ello nos vamos a devolver a una parte de la conversación sobre definiciones de salud mental que propusieron Julio, Juan y Elizabeth al finalizar el taller; este asunto no fue abordado explícitamente con los demás, porque modificamos el guion inicial luego de la experiencia piloto con este primer grupo, el cual nos mostró contenidos que se repetían a lo largo del encuentro.

El diálogo lo inicia Julio, citando a Ignacio Martín-Baró para partir del precepto que

(...) si una sociedad está anarquizada, está maltratada a todo nivel por sus dirigentes gubernamentales y por todos los semblantes de poder y de direccionalidad, es una ciudad que tiene que estar enferma necesariamente, pues, enferma, incluso hasta la patologización, para mí, entonces, es fundamental *resolver problemas de carácter económico, social y político*. (cursivas nuestras).

Para Julio, esta es una “tarea central de todos los que nos movemos en ciencias sociales”, por eso explica la importancia de analizar el comportamiento agresivo de un joven en una familia con problemas, considerando que “no se termina el cuento ahí, porque es una familia disfuncional que tiene también una historia previa”, una historia que muestra que es disfuncional por las limitantes y dificultades que la sociedad le ofrece. Julio ejemplifica esto destacando la diferencia entre América Latina y Europa respecto al colonialismo y neocolonialismo, y concluye que: “por eso entiendo la propuesta de Martín-Baró como un asunto de privilegio, de los problemas económicos, sociales y de dependencia”.

Esta primera narrativa posibilita el tejido conversacional que fluye con lo que luego dirá Elizabeth. Ella retoma la discusión sobre la multicausalidad de la salud mental para explicar que tal vez no se trate de salud con el apellido mental, y en lugar de eso sea mejor hablar de salud integral: “es una integralidad donde, si algún elemento está afectado ya eso puede estar, digamos, alterando lo que es ese estado de bienestar, de calidad de vida, incluso, pues, como en términos de Julio, de dignidad”.

Y a este hilo discursivo se suma Juan, afirmando que la respuesta de Elizabeth le había hecho “eco”. En su intento de definición de la salud mental, Juan sugiere que puede ser “*suficiencia de recursos* individuales, grupales, sociales y políticos para enfrentar las condiciones o exigencias de un medio”, en contraposición con la visión que reduce la salud mental al individuo y a la ausencia de enfermedad. Y reflexiona sobre otros elementos de las falencias en Colombia a nivel de las políticas públicas, de lo complejo que es intervenir la salud mental porque “no es un asunto tan tangible como algunas condiciones propias de la salud física”; además, cuestiona cómo el argot popular es despectivo respecto a las personas con farmacodependencia, cuando la norma la ha concebido como enfermedad. Finaliza con la idea

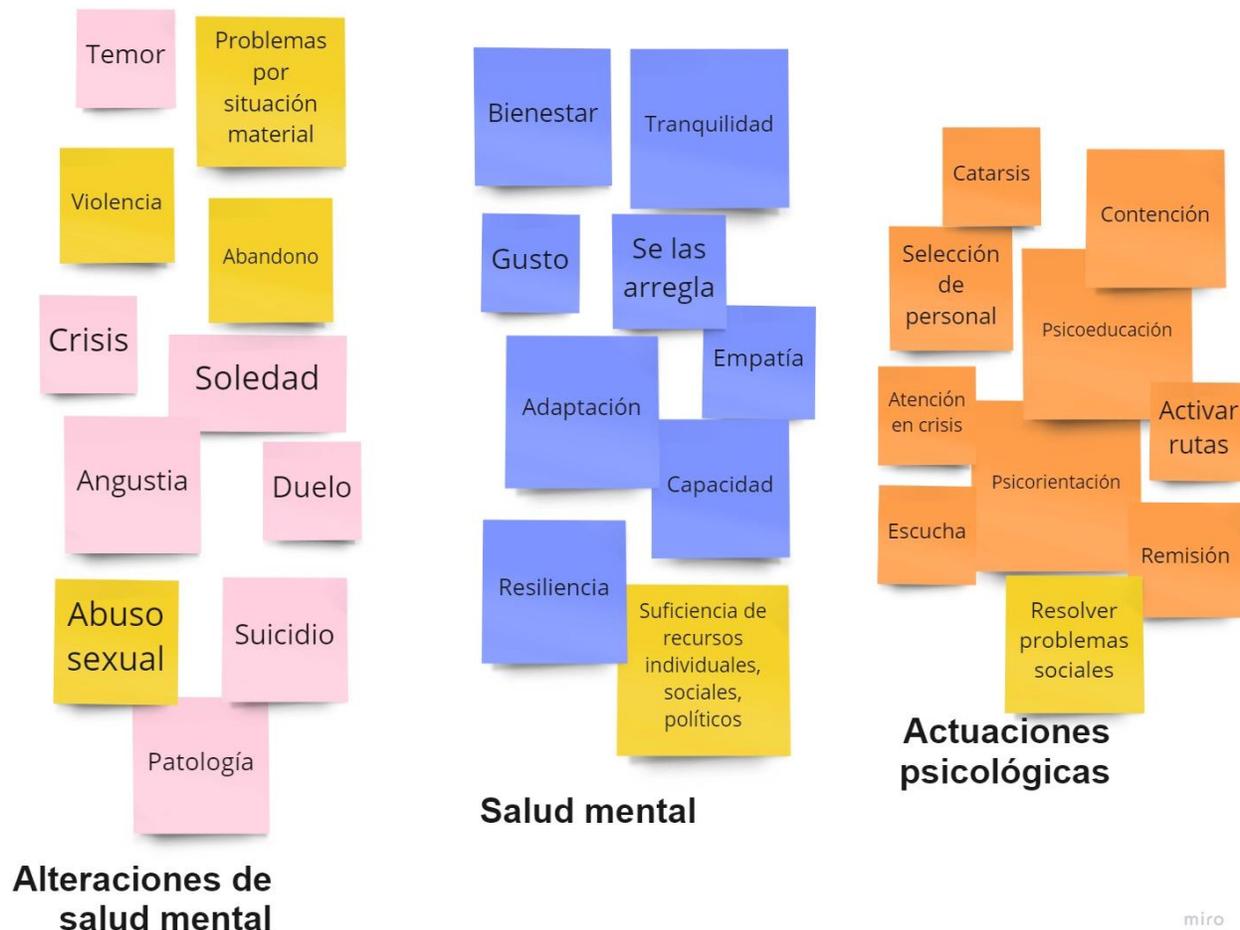
optimista de que, pese a todas esas dificultades, como país, “siento que puede que vayamos bien”.

Y en este momento de la conversación se produce un sentido que se va a distanciar radicalmente de la idea de la salud mental como responsabilidad individual; Elizabeth lo señala de este modo: “el enfermo es el individuo, entonces, si usted está depresivo es por culpa suya, por esos recursos personales que usted no tiene para afrontar eso que mencionaste [Juan] y que mencionaba Julio”. Juan complementa el argumento expresando: “y a veces ni siquiera el responsable si no el culpable”.

Ahora sí podemos ir culminando este tema de los fenómenos de salud mental y actuaciones psicológicas, del cual analizamos conjuntos de repertorios con una multiplicidad de matices que nos llevaron a estos términos de responsabilidad y culpa de las personas, en cuanto a los “recursos suficientes”, no sólo individuales, sino también comprometiendo a la sociedad.

Ante mi invitación a que describieran fenómenos de salud mental logramos identificar entre nuestras/os profes un recurso discursivo para referirse al tema que distingue entre: 1) aquello que altera salud mental, 2) repertorios de la asociación de palabras con connotación positiva y 3) la salud mental como efecto de determinadas acciones psicológicas. Retomando este tercer aspecto, varias/os de ellas/os mencionaron posibles acciones dirigidas a esas situaciones. Consolidamos fenómenos y actuaciones en la siguiente ilustración, pero antes deben saber que distinguimos con color amarillo los fenómenos/situaciones/actuaciones de salud mental con matiz social, mientras que los contenidos de color rosado, azul y naranja se diferencian por ser de corte individual, coincidiendo en mucho con lo que ya hemos categorizado en gráficas y esquemas anteriores:

Ilustración 12. *Fenómenos y actuaciones psicológicas en salud mental según participantes*



Fuente: Elaboración propia (2022).

En la próxima sección estas informaciones las analizamos desde la perspectiva de los desafíos y alcances de las actuaciones que se despliegan en los escenarios de práctica donde las/os psicólogas/os tienen lugar, y que se constituye en la última temática de los mapas en correspondencia con el cuarto objetivo específico que nos propusimos alcanzar con este estudio.

iii. Límites y posibilidades de las actuaciones psicológicas en salud mental

Esta cuestión fue intencionada durante la última fase del taller para ahondar en las dinámicas de las instituciones de práctica, que podrían facilitar u obstaculizar acciones

psicológicas sobre la salud mental, o en general de las prácticas psicológicas en esos contextos en donde están las/os practicantes.

En el grupo A señalan límites y posibilidades de la actuación y también de la formación en psicología circunscrita al staff, pese a que sobre la formación no habíamos preguntado. Julio expone que de la actuación encuentra que hay “poca o reducida vinculación de la *lectura de nuestra sociedad* en términos de las acepciones de lo psicológico y lo psicosocial”. Explicando que eso obedece al interés de las/os estudiantes por “ganar el staff”, o porque en los cursos, aquellos que enseñan técnicas, no consideran el *arte* en todas sus expresiones y que podrían usarse en “procesos diagnósticos-interventivos”, que para Julio tendrían mayor impacto que una prueba estandarizada, así esta sea importante; incluso, porque las/os estudiantes, además de psicólogas/os, muchas/os de ellas/os son artistas. Y su comentario final es autorreflexivo al incluirse en las afirmaciones diciendo que: “nos da miedo que los muchachos *rompan esquemas* y cuando no rompen un esquema que para nosotros es obligante, no nos preguntamos eso sirve o no sirve”.

Elizabeth continúa en el diálogo para destacar que lo mencionado por Julio sobre los esquemas, tiene que ver con una “*fuerte norma social*” que dictamina “no salir de los patrones, esquemas y teorías clásicas”. Y que para ella se trataría de ir “buscando esa *integración* entre lo que uno sabe y lo que uno es”.

Agrega que puede ser limitante o posibilitadora la *sinergia* que genera el psicólogo o psicóloga, ya que en la institución no “trabajamos solos”, están los padres, la vecina, y los docentes que hacen parte del proceso. En palabras de Elizabeth, todo esto permitiría “el *mejoramiento de la vida* de esos niños y esos adolescentes con los que se trabaja o de esos universitarios con los que se trabaja”. Y vemos aquí que esos términos *integración* y *sinergia*

particularmente ya los había mencionado en la discusión sobre definición y en la asociación de palabras respectivamente. En cuanto al *mejoramiento de la vida*, esto nos llama la atención, porque resuena con ese uso extensivo o generalizado de la salud mental como la vida misma.

Por su parte, Juan nombra unas limitaciones de las instituciones cuyas ideas del rol de la psicología organizacional se reducen al proceso de selección, evitando abrir otras posibilidades para realizar actividades en bienestar, diagnóstico o intervención en clima organizacional. A nivel formativo, Juan sugiere que una potencialidad es que en el staff se pueda “empoderar” a las/os practicantes para que asuman “posiciones *críticas*”, “con visión de *mejoramiento*”, refiriéndose más que todo a quienes están en el segundo semestre de prácticas, pues los del primero apenas están disipando sus “*miedos*”.

Y sustenta su último argumento, siguiendo la lógica del empoderamiento, en las *habilidades sociales*, de *negociación* y comunicación *asertiva* “que no solo pasan por lo *técnico*, sino por *competencias del ser*”; de allí que Juan se cuestione “cómo *los estamos preparando* y no porque lo estemos haciendo mal, sino la pertinencia de ciertos contenidos en unos momentos específicos de la carrera”.

Si reunimos los repertorios de Julio, Elizabeth y Juan, con miras a un sentido que como grupo construyen sobre la salud mental, nos atrevemos a resumirlo en una postura crítica de los condicionantes normativos, especialmente de las instituciones, en correspondencia con el reconocimiento de las potencialidades individuales o competencias del ser, que se despliegan en las relaciones interpersonales. Comparten que las limitaciones de la actuación de la psicología dirigida a fenómenos de salud mental son propias de las instituciones, pero también de las/os estudiantes, así como de los contenidos dictados en los planes de estudio de los pregrados.

Con el grupo B no discutimos directamente el tópico, pues la dinámica fue distinta y con ellas nos detuvimos en el debate ya descrito sobre la sutileza discursiva propia a la denominación de la salud mental con palabras de connotación positiva y los fenómenos de salud mental de tipo problemático o patológico. Ahora bien, mientras conversábamos sobre las situaciones que ellas vinculaban con salud mental y que eran discutidas en el staff con las/os estudiantes, nombraron ejemplos de condiciones sociales e institucionales que pueden limitar la actuación psicológica. Linda señala que los colegios no apoyan a las/os practicantes para la activación de rutas cuando se trata de abuso sexual infantil, pero es cierto que también está el temor por cuestiones de seguridad en barrios con grupos armados ilegales. A estas limitaciones agregamos lo que comenta Amparo, a propósito de la omisión por parte de los padres de las advertencias que pueden hacer las/os psicólogas/os sobre la ideación suicida de niños, niñas y adolescentes.

En ambos ejemplos las limitaciones a la actuación psicológica son externas: institución educativa, grupos armados ilegales, familia. Y podemos aunar a esto lo que comenta Maria en el grupo C, pues ella indica que las condiciones *socioeconómicas* son relevantes a la hora de la intervención psicosocial

(...) por ejemplo, con esa institución tuvimos esa discusión y eran los alcances de la intervención macro y de esta intervención, porque lo que yo sentía era que, pues la consulta psicológica allí les servía como un marco de contención, en algunos casos pienso que hubo unos procesos muy interesantes, solo fueron 3 meses.

Y agrega que “la intervención social-comunitaria es muy paliativa porque *no resuelve lo estructural* que está generando estas dificultades de todo tipo y la de la salud mental, entre otras”.

Pese a esto, Maria ve como posibilidad la importancia de los espacios de escucha y de “lazos con otros para pensarse en otros mundos posibles”, inclusive, “dentro de esos limitantes”. Para esta altura del taller en el grupo C, sólo quedaban Maria y Robinsson, pues Astrid se tuvo que desconectar, y fue llamativo que después de provocarlos con esa pregunta por las limitaciones y posibilidades, mientras Maria estaba respondiendo debió detenerse para abrir la puerta de su casa, dejándole a Robinsson la posibilidad de participar, pero éste reconoce que es “difuso” el tema y pide un tiempo para pensarlo mejor. Cuando Maria participa y finaliza su argumento, Robinsson sostiene que, para el campo organizacional, así como en el educativo, la “conceptualización de salud mental llega hasta donde la *institucionalización* lo deje”. Lo explica así:

Porque la organización muchas veces manifiesta eso y las personas no son económicamente libres, pues muchos dicen es que los millenials sí lo hacen, no, mientras que haya responsabilidades económicas la gente no va a tomar una decisión de esas y uno conoce mucha gente insatisfecha en las organizaciones que lamentablemente están ahí porque les toca.

Según Robinsson, la salud mental estaría asociada a una insatisfacción en el trabajo, al cual no podrían renunciar por cuestiones económicas

(...) entonces, eso lleva a que se les alteren otras condiciones de su vida que necesariamente no son económicas y uno lo ha escuchado que desde su desmotivación para ir a trabajar empieza a afectar su esfera familiar, a tener problemas de vínculos emocionales y solamente el detonante es una condición laboral.

También nos comparte una experiencia que muestra el límite institucional a las actuaciones en salud mental

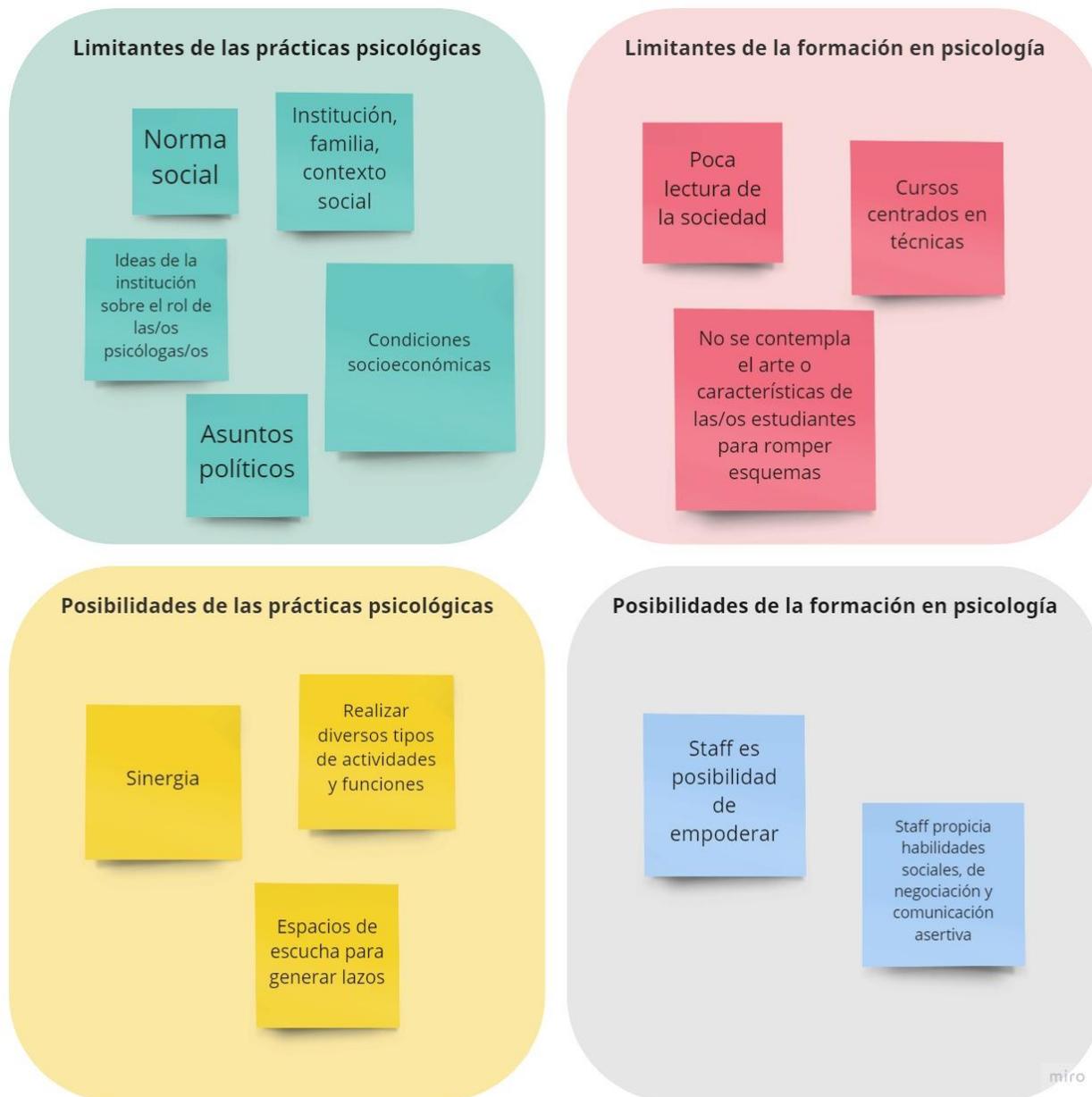
Yo siento y creo que ese es el límite, lo que la institución permita, por ejemplo, a la universidad invitaron (a una persona) para que hiciera un programa de emprendimiento de género, entonces cuando metimos a una profe que habla del tema del empoderamiento, de que haya el desarrollo de la subjetividad, en ese momento había una persona en esa secretaría que dijo, yo apruebo el empoderamiento pero para que produzca no para que le ponga una ideología a esto.

Más adelante, durante el momento de evaluación del taller, Maria expresa que mientras escuchaba a Robinsson acerca de las limitaciones impuestas por las instituciones, también “pensaba en cómo sentimos cuando trabajamos con ese otro tipo de comunidades que tienen límites mucho más allá de eso: porque si pensamos en un asunto político, entonces me hacía también pensar como en eso”.

La institucionalización es clave en este tema de las limitaciones a las actuaciones psicológicas, empero, nos muestra también que cada docente en sus narrativas y en sus posicionamientos como psicólogas/os actuantes en distintos contextos institucionales (colegio, empresa, universidad), reconocen que allí hay situaciones de salud mental, sea bajo la forma de problemas, empoderamiento, capacidades, entre otras. Por su parte, las limitaciones enmarcadas en la formación universitaria, mencionadas por Julio y Juan, se adscriben a las falencias de las/os estudiantes y a la responsabilidad que tenemos quienes somos docentes.

Exponemos en una ilustración el conjunto de limitaciones y posibilidades indicadas por todos los grupos:

Ilustración 13. *Limitaciones y posibilidades de la actuación y formación en psicología y salud mental según profesoras/as de universidades de Medellín, Colombia*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

El poco contenido sobre las posibilidades para nuestras actuaciones podría ser motivo de extrañeza, pero lo que fue mencionado sobre la sinergia para el trabajo en equipo, la apertura de espacios de escucha, y la cantidad de actividades y funciones que podemos desenvolver en los ámbitos aplicados, relleva que, en medio de tantos desafíos, todo esto que propiciamos se ve

reflejado en el *mejoramiento de la vida*, como dijo Elizabeth, o en *otros mundos posibles*, según Maria. Todos estos resultados han mostrado que, en efecto, desde la perspectiva de nuestras/os docentes, la salud mental es transversal a todos los ámbitos de la psicología, puesto que sus prácticas discursivas dieron lugar a varios sentidos sobre salud mental en una asociación que no sólo se restringe a la psicopatología, tal como fue problematizada en esta tesis. De todas formas, en el capítulo de discusión ahondaremos en esto para argumentar acerca de esa transversalidad de la salud mental en psicología.

En el siguiente apartado, con el que finalizamos los resultados de este estudio, exponemos algunas ideas discutidas en un segundo encuentro con cada uno de los grupos, realizado entre diciembre de 2021 y febrero de 2022; nuestro objetivo fue presentarles los resultados y escuchar sus comentarios.

e. Resumen del encuentro de diálogos de resultados con las/os participantes

Invitamos a nuestras/os participantes a un nuevo encuentro virtual mediante la plataforma Google Meet con el fin de compartirles estos resultados. Acordamos mediante correo electrónico la fecha y hora de la reunión, y la agendamos usando el calendario de Google. El orden planeado para la sesión fue el siguiente:

1. Saludo y permiso para grabar.
2. Debido a que ya había pasado más de un año desde la realización del taller con cada grupo, decidimos preguntar por sus experiencias durante este tiempo, y en especial si nuestra conversación sobre salud mental había sido tenida en cuenta en sus asesorías de prácticas o en general en su experiencia docente.

3. Exponer las gráficas que condensan los hallazgos de la asociación de palabras y los mapas. De estos últimos enfatizamos en los fenómenos y actuaciones y en el género discursivo. Excluimos los resultados de la línea narrativa y de los árboles de asociación, porque ellos abordan elementos complementarios ya reiterados en las otras dos estrategias analíticas. Elegimos estas informaciones porque están más estrechamente asociadas a los objetivos específicos de la tesis.
4. Concretar con ellas/os la forma como aparecería su identidad en el texto, permitiendo que, en caso de modificación, decidiera cuál sería su respectivo nombre.

Presentaremos los comentarios de acuerdo con cada grupo A, B, C y D, pero antes debemos hacer dos aclaraciones:

- En algunos casos la reunión se hizo de manera individual, debido a las dificultades para coincidir con el horario propuesto, por eso resumimos en la siguiente tabla la información de los encuentros:

Tabla 12 *Encuentros de diálogos de resultados con participantes*

Fecha y hora	Participantes (con la identidad definida por ellas/os)
Martes 23 de noviembre de 2021. 8am	Julio, Juan, Elizabeth (Grupo A)
Miércoles 24 de noviembre de 2021. 8am	Linda, Amparo (Grupo B)
Lunes 29 de noviembre de 2021. 8am	Helena, Hernán (Grupo D)
Lunes 29 de noviembre de 2021. 2pm	Clara (Grupo B)
Miércoles 1 de diciembre de 2021. 4pm	Naty (Grupo D)
Miércoles 16 de febrero de 2022. 8am	María (Grupo C)
Viernes 18 de febrero de 2022. 7am	Robinson, Astrid (Grupo C)

Fuente: Elaboración propia (2022)

- No hicimos transcripciones de las grabaciones, sólo las revisamos para extraer las informaciones de acuerdo con el orden en el que se dio cada encuentro.

Grupo A. Universidad privada. Julio, Elizabeth y Juan

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

En este grupo pudimos realizar el segundo encuentro contando con los 3 participantes. Para este momento ya había pasado más de un año y medio del taller y Julio comenta que sobre salud mental propuso en conjunto con otros colegas un panel de expertos en las jornadas universitarias durante 2021 para discutir la forma como el estado colombiano estaba respondiendo en materia de acceso a salud y salud mental a la contingencia social y sanitaria provocada por la pandemia. Por su parte, Juan señala particularmente que durante este tiempo la situación de pandemia sirvió para movilizar en las/os estudiantes no sólo una postura diferente ante el aprendizaje, sino también dificultades emocionales y familiares, pero que él vio como una oportunidad para lo positivo y lo negativo, y que eso aplicaba igualmente para las/os docentes. Elizabeth recordó que en el año 2020 ella me había invitado para participar en una charla sobre salud mental y esto le permitió reformularse varios asuntos y llevarlos al staff, además de sensibilizarse más en el trato hacia sus estudiantes para entender mejor sus procesos tanto académicos como personales.

Elizabeth agrega una preocupación por los niveles de ansiedad producto de mucho “aguantar” por tanto tiempo durante la pandemia, y la exigencia de adaptarse a los múltiples cambios y finaliza contando que compartió a sus estudiantes uno de los textos que he publicado¹³. De esto último yo les reitero que mis publicaciones acerca del tema son una forma de promover el debate, y les recuerdo que pueden revisarlas para que en algún momento podamos conversar más al respecto.

¹³ ¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla? (Gómez, 2020)

- De la categorización de las palabras asociadas.

Julio interpreta que se trata de un par antitético y su dialéctica, citando a Karl Marx. Son contradictorios pero que suman a la unidad. Para él, las cuatro primeras categorías (Condiciones materiales, Comunidad y social, Bienestar y Procesos básicos) dan cuenta de las causas, pero la categoría Otros aborda aquello que se debe hacer ante las dificultades coyunturales y estructurales.

Elizabeth comenta que hay muchas variables, causas y miradas, unas conversan más entre sí, mientras que otras se distancian. Lo ejemplifica con una imagen de una banda que se puede encontrar sin tocarse (usa una hoja y la dobla para hacer la demostración), en la que no se puede apreciar directamente el fenómeno pese a que sí esté, siendo visible aquello que tenga más peso en la banda. Juan aprecia en las categorías Condiciones materiales, Comunidad, y Bienestar un lenguaje más técnico, la de procesos básicos profundiza en las competencias y la de Otros es “lo puesto en escena” de las anteriores categorías.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Elizabeth afirma que nos referimos a la salud mental dependiendo del actor, el contexto y la situación. Desde afuera, si estamos hablando de los estudiantes, fue notorio lo que deben hacer los estudiantes para promover su salud mental. Pero si hubiera sido para hablar de la salud mental de ellos como docentes, hubieran sido otras las expresiones.

Julio menciona que hay procesos muy individuales respecto a la intervención, y la institucionalidad como aspectos más externos. Y que debería tener un “entrelazamiento natural”. En términos de la responsabilidad ética hay un límite que tiene que ver con la economía, pues la

salud se volvió un negocio, y esto ha hecho que nosotros como docentes les pidamos a las/os estudiantes, a veces sin advertirlo, que respondan a esa lógica mercantil.

Ante esto aprovecho para compartirles que el fin de este trabajo es poder entender la multiplicidad de acercamientos para referirse a salud mental, y que involucra aspectos sociales, institucionales, y también de las personas.

Juan complementa esa crítica a las instituciones que menciona Julio, y agrega también que en su experiencia laboral identificaba que personas con condiciones de pobreza podían estar bien de salud, pero al mismo tiempo con la dificultad de acceso al sistema de salud. Y pese a las carencias institucionales, hay respuesta desde la intervención integral de los equipos que trabajan con comunidades, compensando un poco esas falencias estructurales. Su postura es que se pueda trabajar con lo que se tiene, y que no se pierda de vista que la institucionalidad y el sistema en efecto debe ser criticado. A esto Julio agrega que tanto el modelo médico como el modelo mercantil debe incluirse en la formación social para conocer de esas grandes estructuras, además ampliar la lectura sobre el tema de salud mental que sigue siendo muy tradicional y enfocada en las técnicas y las teorías, pero no en los contextos.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Les aclaro qué es un género discursivo y los repertorios y enunciados que le dieron sustento. Julio plantea que la institución que forma en psicología debe garantizar no sólo un acceso a terapias, sino también incluir elementos relacionados con formar para la crítica, la intersubjetividad y la interacción, refiriéndose a la teoría de Fernando González Rey. Para Julio, esto podría ir más allá de las formaciones tradicionales que nos indican qué es lo que debemos

aprender. Finaliza indicando que, por ejemplo, en la conversación siempre habrá dificultades que se ponen en juego.

Elizabeth se cuestiona ese género discursivo, indicando que además de hacer proceso también podría recomendarse “saquen tiempo para ustedes, coman bien, duerman bien”. Ella aclara que su sugerencia de iniciar proceso es con miras al autoconocimiento, pero cree que no es así como se ha transmitido ese mensaje. Y yo le argumento que se trata de cuestionar desde dónde sale esa pregunta, ese género discursivo; por ejemplo, el hilo argumentativo comienza con las palabras desbordado, angustia, crisis, y, por tanto, debe ir a proceso. Elizabeth concuerda añadiendo que con ese mensaje se le puede transmitir o que vaya porque tiene una patología, o que vaya porque se puede auto conocer, o sea, que no es algo malo. Sostiene que son muchos los mensajes que no quedan claros y que a lo mejor el estudiante se va con otra idea. Insisto en que se trata de las consecuencias de lo que decimos.

Julio añade que eso de iniciar proceso quiere decir que se trata de hacer un recorrido y que sea con aquello que produzca “mayor disfrute”, además considera que se podría agregar a la pregunta por el proceso qué es lo que es mío y lo que viene como obligatorio desde afuera. Elizabeth se dirige a Julio para afirmar que lo cultural nos afecta en nuestra práctica, porque la idea de ir al psicólogo es igual a que hay algo malo, y esta idea está también en los estudiantes pese a que la universidad les haya dado otros elementos.

Explica que ella ve una paradoja en eso que es la ausencia del Estado, pero al mismo tiempo las ofertas de varias instituciones y personas para ayudar, al menos para dar respuesta a problemas inmediatos, por ejemplo, la práctica en las universidades. Y esto también se ve en esa idea cultural de que el problema es individual. Por eso Juan añade que en la formación también se puede transmitir que con un método no se trata de lo individual y de que no se va al psicólogo

sólo cuando todo está muy mal. Según él, somos hijos del modelo médico, por eso esa idea de la salud mental como enfermedad. Él por ejemplo recomienda la terapia cuando observa que a veces sí están mal, o porque se trata de un aprendizaje, y otras veces porque así pueden ver como modelo a ese terapeuta; y piensa que la práctica clínica debe ser obligatoria, porque no debe ser como el que no quiere estudiar matemática y por eso estudia psicología.

Grupo B. Universidad privada. Amparo y Linda.

En este grupo participamos Amparo, Linda y yo, pues Clara no se pudo conectar por cuestiones de salud.

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

Amparo plantea que el tema de salud mental le generó un “ruido”, en el sentido de que se quedó pensando a partir del proceso que inicia con mis visitas a su grupo de staff antes de iniciar la pandemia; luego el taller y después la lectura de uno de mis textos sobre salud mental que les compartí¹⁴, en el que expongo la perspectiva de Ignacio Martín-Baró sobre la salud mental como dimensión de las relaciones sociales. Esta profe señala que ve en la psicología crítica latinoamericana un ideal de condiciones materiales que no cree que existan del todo para las comunidades ni para nosotros como profesionales para abordar ese tema de salud mental. Agrega que la definición de salud mental no es sólo la de la OMS, está ligada a aspectos culturales, a condiciones políticas, sociales, de acceso a servicios de salud, por eso enfatiza en lo complejo del tema en el nivel individual, grupal y colectivo, y en lo social.

Ante mi provocación por eso que les quedó del taller, Linda señala que se siente con el síndrome del/la impostor/a ante sus estudiantes, mostrándose como muy buena o suficiente.

¹⁴ ¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla? (Gómez, 2020)

Nombra que hay muchas estudiantes que se graduaron y ahora son webcam, y eso de los factores protectores y de riesgo dejan de tener sentido ante las situaciones actuales de pandemia, las movilizaciones sociales que motivaron, por ejemplo, el llanto compartido con las/os estudiantes porque algunos de ellas/os fueron víctimas de la violencia policial durante las manifestaciones de 2021. Agrega lo complejo de la institucionalidad que obliga al psicólogo a tener un discurso que promueva salud mental, incluyendo las dinámicas extenuantes de trabajo en el contexto universitario. Finaliza diciendo que lo que les espera a las/os estudiantes que se gradúan es muy amenazante, y por eso se pregunta por la forma para acompañarlos. Frente a estas dos posturas de Linda y Amparo, yo concuerdo con lo complejo y paralizante que puede ser abordar el tema de salud mental, pero es necesario avanzar, y por eso les comienzo a compartir los resultados.

- De la categorización de las palabras asociadas.

Amparo ve en las categorías de las palabras asociadas un reflejo de la multifactorialidad, siendo la categoría *Otros*, una consecuencia de las categorías anteriores. “Si tengo condiciones de vida, puedo tener tranquilidad”. Afirma que desde 2021 se está dando una emergencia epistemológica, porque la que hay no está dando cuenta de lo que está sucediendo en la actualidad para entender a las generaciones de hoy en día. Son generaciones que cuentan con una gran capacidad para mentalizar, leer a sus padres, determinar cuándo se sienten amados o no, y a esto se le ha dado un énfasis psicopatológico solamente, sin permitirles tener un lugar en el mundo. También están las condiciones sociales precarias que han aumentado en la pandemia, llamándole la atención que la categoría de vida digna tuviera tan poco contenido.

Añade que las categorías muestran las divisiones, unas más pobres y otras más amplias, y esto da cuenta de la emergencia epistemológica, provocando que sus practicantes se angustien,

porque ven a las personas que no tienen qué comer o que viven bajo un puente. Linda concuerda con Amparo, pese a que no sabe muy bien cómo sería eso de lo epistemológico, y por tanto se posiciona desde la experiencia, señalando que las palabras asociadas son términos “cliché”. En su práctica clínica escucha una desesperanza que no tiene que ver con una estructura psíquica, sino con la desesperanza social, porque no ven futuro, por el calentamiento global, los asesinatos, el nivel de trabajo de las madres y que les causa ataques de pánico. Ante esto, Amparo agrega “no quiero ser así”. Y Linda se cuestiona cómo sacarlos de esa desesperanza cuando tienen razón, no son ideas irracionales, ni esquemas mal adaptativos, ni distorsión, “frente a eso nos quedamos sin muchas herramientas”. Les comento que es muy potente todo lo que ellas plantean y que le da mucho sentido a lo que les voy a mostrar en los siguientes resultados, en especial porque nuestras palabras, la forma como nos referimos sobre salud mental, eso crea ciertos efectos, y la idea es diversificar nuestras formas de hablar.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Linda, después de un silencio, señala que en el taller era una Linda, pero que la de este momento es un poco más desesperanzada, y que ella ve en lo que les muestro un discurso clásico de la salud mental, especialmente con la gráfica de las prácticas discursivas (situación y acción psicológica), y que han sido parte de la formación; Amparo dice, una formación “atomizada”. Para Linda son el ABC de la psicología, “estamos diciendo muy bien” agrega Amparo en el sentido de que estamos haciendo bien en la transmisión de lo que nos enseñaron. Y por eso les digo que mi trabajo centrado en las docentes pretende que nos cuestionemos dichos contenidos clásicos. Amparo me pregunta cuál es mi propuesta. Y yo le digo que todavía no tengo una respuesta, porque requiero de más tiempo para fundamentar mejor mis argumentos.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Linda acepta que es cliché esa incitación a iniciar proceso, pero que cree que esa recomendación es para que el estudiante encuentre un estilo, un espejo. Además, para mitigar la angustia, no es obligatorio pero sí importante, al menos una asesoría psicológica, que los impele a una pregunta personal así haya dificultades materiales y sociales. Considera que en vez de las preguntas que les socializo respecto a ese género discursivo, es preciso la pregunta qué clase de jóvenes vamos a acompañar en la universidad, porque cada vez vienen con particularidades, por ejemplo, asperger; ya no hay un ciclo vital normal tal como lo explican los teóricos clásicos.

Amparo comparte que en la universidad le exigieron 460 horas de terapia para ella graduarse, y que empezó a hacerlo desde el quinto semestre, sirviéndole mucho para su práctica clínica. Actualmente ve que sus estudiantes en práctica clínica no están preparados, porque no hay un trabajo en el ser, y eso los angustia mucho. Por eso para ella es válido esa recomendación de iniciar proceso, porque de lo contrario no habría responsabilidad subjetiva, y sí una excusa en sus problemas familiares. Esto le ha provocado en ocasiones peleas con sus estudiantes, pues lo sienten como una intromisión. Para Amparo, esto debe ser una decisión individual, y no una responsabilidad de la universidad, así como la mujer se hace la citología, cada cual debe buscarla, así como se pueden comprar el mejor celular, los tenis, etc. Linda agrega que el problema no es el dinero, hay universidades que ofrecen descuentos, para que debe ser algo que le cueste al estudiante. Para Amparo también puede ser una materia que los estudiantes la paguen y así ellos tengan acceso a la terapia, o al menos asesoría, porque proceso ya implica otros costos y más si es un servicio particular que debe contar con la habilitación en secretaria de salud. Según Amparo, esta sería la forma de depurar el tipo de psicólogos que realmente están

interesados en este trabajo. Les comento que no vamos a resolver esos asuntos, pero que son importantes todas las contribuciones.

Grupo B. Universidad privada. Clara

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

Ella me cuenta que en el semestre 2021-1, tuvo un estudiante haciendo su práctica clínica en el consultorio de la universidad y que evitaba hablar de sí mismo cada vez que ella preguntaba al grupo cómo se sentían abordando los casos. Luego el mismo joven le comenta que tuvo una consultante con intento de suicidio y él ya había pasado por eso mismo, pero el sistema sanitario no le había dado el medicamento. Clara intentó que el estudiante se comunicara con su asesor de la práctica en el consultorio, y también lo apoya para que hiciera una tutela al sistema de salud. A partir de esta situación decide que debe estar más cercana a sus estudiantes más allá de lo técnico y teórico y se sorprende por sus difíciles condiciones, motivándolos en muchos casos a iniciar los procesos individuales. Le comento que también con los anteriores grupos habíamos resaltado esas situaciones complicadas por las que pasan nuestras/os estudiantes.

- De la categorización de las palabras asociadas.

Clara se cuestiona por eso que entendemos como “bien-estar”, separando las palabras y que traería tranquilidad, con lo mucho o poco que se tenga, refiriéndose a lo material y en donde sea que se esté. Yo le complemento diciendo que por ejemplo a mí me llama la atención que la asociación de palabras no incluyó términos como enfermedad o problema. Le pregunto por qué se enfoca en bienestar, y ella plantea que no se puede cambiar el mundo, sino adaptarse a él de

acuerdo con los intereses de cada persona sin incomodar a otros. A ella le resultó más llamativo Bienestar porque está ubicado en el centro de la tabla.

Luego le presento los otros repertorios insistiendo que no se trata de una mejor o peor manera de expresarnos, sino de cómo aparecen unas tendencias discursivas sobre salud mental que inician con expresiones de connotación positiva y luego surgen los repertorios con énfasis en la dificultad, el problema, el síntoma, el trastorno.

Clara acepta que asume la salud mental como patología, pese a que hay otras expresiones. Afirma que concebimos la salud mental según la ley y los manuales, pero en el cotidiano “tiene que ver con nosotros en el día a día”, y por eso le ve más sentido al bien-estar, en su sentido de lo cotidiano; agrega que posiblemente sea una forma de negar eso que está al frente y por eso considera relevante mi estudio, porque nombra algo que es evidente.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Clara insiste que la salud mental siempre se asocia al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), pero que también se puede explicar con las circunstancias cotidianas. Para ella, la intervención en ocasiones sirve sólo para calmar, y esto la cuestiona mucho, se pregunta cómo transversalizar todo esto en la formación y qué pasa con nosotros como docentes. Le comento que es muy valiosa nuestra postura de permanente aprendizaje y reflexión. Manifiesta sorpresa con la gráfica de las prácticas discursivas de salud mental centradas en la descripción de la situación y la acción psicológica. A partir de esto, ella reflexiona sobre la praxis como un punto de preocupación de la formación, considerando que en nuestra práctica profesional podemos generar situaciones adversas, destacando así la importancia del cuidado como responsabilidad. Me dice que ya puedo tener el diploma doctora,

halagándome, porque esto en una clase de psicopatología permite aclarar muchas cosas. Y yo le respondo que al menos diversifica nuestro discurso.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Clara señala que las/os estudiantes cuando llegan a la práctica se cuestionan por la necesidad de terapia. Algunos, de acuerdo con su experiencia, ni siquiera han ido a una asesoría psicológica, y cree que eso es necesario porque cada uno tiene asuntos por abordar. Destaca entre los resultados que le presento la idea de fomentar la creatividad en las/os estudiantes, añadiendo que a veces esto puede ser poco riguroso, y que debe tenerse en cuenta que no es cualquier tipo de arte, pues el arte también tiene unos parámetros. Conuerdo con ella en la necesidad de la argumentación de nuestras prácticas. Añade que la dificultad de las/os estudiantes es que el uso del arte en las actividades psicológicas carece en ocasiones de fundamento teórico. Concluye que vio en los resultados algo que por ser tan obvio y cotidiano a ella no se le había ocurrido.

Grupo D. Helena y Hernán

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

Helena afirma que siente una desilusión por el desencuentro entre el discurso y la vivencia. Hay definiciones muy bellas basadas en autores, pero en la vivencia del estudiante, los ve en un estado de salud mental muy delicado. Por ejemplo, ella observa una incoherencia entre el rol profesional y su vida personal, por eso recomienda a algunos que busquen ayuda, los ve muy enfermos, con vínculos demasiado frágiles; luego le pregunta a Hernán qué ha encontrado en este tiempo. Él sigue el diálogo indicando que con uno de sus practicantes en un colegio identificaron que las/os docentes no se estaban vinculando emocionalmente con sus estudiantes.

Les cuento sobre mi experiencia en Salvador, señalando que ha sido muy evidente el racismo, y que esta cercanía con ese fenómeno me ha llevado a cuestionar la neutralidad que nos han enseñado, la cual en parte creo que explica esa incoherencia que ambos nombran.

- De la categorización de las palabras asociadas.

A Hernán le llama la atención esa posibilidad de conceptualización de salud mental, porque según como se entienda así se aborda, se pregunta cómo homogeneizar algo que es subjetivo y heterogéneo, mostrando la dificultad para definirla y definirnos. A Helena cada vez el tema le parece más complejo, se pregunta con qué tiene que ver la salud mental, y aprecia la columna de *Otros*, porque es amplia y muestra que la salud mental no se define tan fácilmente, porque ella pelea con las clasificaciones, pues finalmente algo siempre se escapa a los intentos de que todo cabe en un cuadro ordenado. Les señalo que en esa tabla no aparece la palabra trastorno o problema, y que esa connotación sólo aparecerá después.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Helena comenta sobre la primera categoría de condiciones materiales y cuenta la historia de un profesional que en una conferencia dijo que en un país como Colombia no había salud mental por las condiciones materiales, sociales y económicas; ella interroga esto, porque actualmente trabaja con población en condiciones precarias, y cree que pese a eso la gente disfruta y tiene salud mental. Yo le digo que, en medio de la amplitud de la salud mental, debe ser claro que la salud mental no está supeditada a una sola perspectiva. Hernán agrega que esa definición de la OMS se asocia a un modelo capitalista, ya que no se trata de lo que se tiene, sino de lo que se es.

Respecto a la salud mental en relación con la intervención y con la institucionalidad Helena indica que le llama la atención que las intervenciones estén a un nivel de Atención Primaria en Salud en su sentido de “apagar incendio”, sin que eso deje de ser importante. Sin embargo, esto es señal de la falta de cultura del proceso y la supervisión posterior al tratamiento. Para ella las intervenciones en salud mental son inmediatas, porque al gobierno no le interesa el proceso y por eso sólo otorgan pocas horas para resolver situaciones complejas. Lamenta que nos debamos acomodar a esa lógica de apagar incendios. Explica que es el facilismo de la época, tal como lo escuchó de un neurólogo que le decía que el cerebro se está acostumbrando a que todo se “resuelve con un clic”, y esto se refleja en el ámbito de la salud mental. Las/os pacientes piden que le saque de la depresión en pocas citas y Helena se cuestiona cómo responder de manera compasiva. Hernán coincide con Helena, agregando que se trata en general de un engaño, pues ante la carencia absoluta, lo poco que se puede hacer se muestra como un gran logro.

Les señalo lo importante de esos análisis y comento acerca de lo que sucede con las/os psicólogas/os en el sistema de salud, son mal remuneradas/os y no pueden dedicar tiempo a la escucha porque deben diligenciar formatos. También les comparto que con esta investigación hay unas pretensiones políticas para aportar al Colegio Colombiano de Psicólogos, pues estamos tan fragmentados que no tenemos cómo hacer exigencias al gobierno para que tengamos mejores condiciones laborales y salariales.

Cuando les muestro la gráfica de la situación y acción psicológica, Hernán señala que es un trabajo importante, y Helena indica que lo interpreta como causas y consecuencias. Les pregunto si es claro el esquema, y Hernán dice que entiende cómo una situación y una acción psicológica pueden causar algo, y que viéndola así separado es más fácil entenderla. Helena señala que es importante esa separación de la acción psicológica adecuada y no adecuada,

porque, por ejemplo, a veces hay confusiones sobre qué es eso de la psicoeducación. Aprovecho para compartirles que, en mi reflexión sobre el tema, carecemos de una comprensión acerca de nuestras prácticas, por ejemplo, con la pandemia surgieron muchas infografías sobre el cuidado de salud mental, y eso se confundió con psicoeducación.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Helena afirma que las instituciones sólo pueden brindar asesorías, allí no es posible una psicoterapia, pues implica un compromiso de la persona y una disponibilidad completa por parte de la o el profesional. Pero considera que el vacío realmente está en la poca rigurosidad de las universidades y las instituciones para la selección de practicantes. Por ejemplo, comenta que cuando ella hizo su práctica en la unidad de duelo, tuvo un compañero que no lo soportó y se intentó suicidar.

Hernán comenta que está de acuerdo con el filtro en la selección de practicantes que menciona Helena, porque lo teórico no es suficiente. La universidad ofrece espacios de acompañamiento, pero cada persona debe decidir si puede hacer proceso, considerando que eso tiene unas exigencias monetarias que no todos pueden cumplir. Helena agrega sobre el dinero que eso no es una excusa, porque por ejemplo hay profesionales que manejan tarifa diferencial en su consulta privada.

Grupo D. Naty.

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

Sobre salud mental Naty comenta que los espacios de asesorías se convirtieron en asesoría psicológica para que abordaran sus dificultades, implicando el autocuidado. Le señalo que fue un asunto similar abordado en los demás grupos.

- De la categorización de las palabras asociadas.

A Naty le llama la atención que, como conoce a algunas/os profesoras/es y su correspondencia con sus enfoques, ve que hay más alusión al sujeto, y poco a lo externo. Siente que es un reflejo de la situación que estábamos viviendo en el momento de pandemia, y el discurso estaba siendo permeado por ese contexto particular; le digo que justamente se trata de un discurso que no es estático, tal como otra profe había afirmado que, si hubiera sido otro momento, diría otras palabras. Naty se pregunta cómo entender la salud mental en un escenario de práctica sin tener en cuenta el contexto, cómo acompañar a las/os estudiantes a nivel personal cuando el contexto es tan cambiante, además porque nuestras prácticas no hacen que dejemos de ser humanos; yo le digo que tal vez eso sea una dificultad en nuestra formación, porque no está quedando claro cómo entendemos el ser humano.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Le muestro que hay una especie de flujo discursivo que empieza con las palabras positivas asociadas con salud mental, luego aparece la connotación psicopatológica y luego otros matices relacionados con la intervención y la institucionalidad.

Naty indica que estamos en una cultura del error, es decir, con posibilidad de aprendizaje, y que se asocia a uno de los repertorios sobre creerse super héroe, porque es asumir que como humanos no siempre sabemos cómo responder. Agrega que las agencias de práctica tienen un

discurso en el que manipulan a las/os estudiantes, porque les dicen que cuando estén en la práctica profesional eso es lo que les espera. Naty cuestiona la preparación de las instituciones para recibir practicantes. Después, Naty se pregunta por el autocuidado, por la responsabilidad de la o el profesional sobre su salud mental, ve que la salud mental no se garantiza si hay una situación o una acción psicológica. Yo le aclaro que esos fueron los recursos discursivos para referirnos a salud mental.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Comento que este género discursivo puede asociarse a lo que Naty ha planteado sobre el autocuidado. Ante las preguntas provocadoras, Naty indica que los servicios de bienestar universitario no son psicoterapia, cree que no se reduce a las terapias psi, porque escuchó a un psicólogo decir alguna vez que no todos tenemos que hacer proceso de psicoterapia, pues es un mensaje que alude a tener un problema; sin embargo, las dificultades se pueden abordar con un consejero, un docente, alguien que escuche. Está de acuerdo que en el discurso hay una psicopatologización de todo y no se dirigen mensajes a los estudiantes con expresiones positivas o que son propios de la vida cotidiana. Yo complemento que se trata de pensar el tipo de mensaje que transmitimos cuando le decimos a las personas que debe iniciar proceso. Finalmente me agradece por las publicaciones que le he compartido, porque las ha discutido con sus practicantes, y le digo que puede contar conmigo para participar en las clases para debatir.

Grupo C. Maria

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

Maria responde que recuerda que fue un encuentro interesante, pero que, por motivo de las diversas actividades durante la pandemia, no se detuvo a pensar mucho. No logra, por tanto, decirme algo puntual al respecto. Le cuento que no es necesario forzar esa respuesta, y aprovecho para compartirle las respuestas de otras profesoras, en las que sí reconocieron un cambio en sus posturas, por ejemplo, respecto al acompañamiento a estudiantes, de un modo más cercano y sensible, no sólo por la pandemia, sino también por la movilización social en 2021. Maria señala que algo también hizo en sus clases, realizando actividades de contención porque había muchas emociones movilizadas.

- De la categorización de las palabras asociadas.

Maria opina de la tabla de categorías que son palabras que pueden usar profesionales o cualquier persona, y que en efecto se asocian a salud mental; sin embargo, se interroga por lo que habría detrás de expresiones como bienestar, si es en un sentido ideal o de posibilidad, pese a ciertas condiciones materiales. Así como en otros grupos, le comparto que me llamó la atención que en esta asociación de palabras no aparecieron las que tienden a ser más usadas, tales como trastorno, problema, etc., y que sí surgen después.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Le presento cómo en las siguientes figuras la forma como aludimos a salud mental que comienza con las palabras positivas termina siendo más frecuente la referencia a la psicopatología. Maria me pregunta si conozco el trabajo de salud psíquica del profesor Juan Diego Lopera, pues ella asocia las expresiones en positivo con la sabiduría práctica (temática que será ampliada en el capítulo de Discusiones). Añade que lo que atendemos de la salud mental es

su ruptura, contingencia, o crisis que puede ser existencial. Y me sugiere la octava carta de Rainer Maria Rilke, porque suele pensar en términos literarios. En esta carta, Rilke le dice a su amigo que cuando llega a la vida algo que rompe el equilibrio, eso también puede ser acogido. Y para Maria, eso es con lo que nos las tenemos que ver como profesionales de salud mental.

Identifica un contraste entre la condición de ser humano de la o el profesional de salud mental y la institucionalidad, que convierte la salud mental en dato, logística y formato. Es el mismo contraste que ve en palabras más relacionales, por ejemplo, acompañamiento, a diferencia de palabras “más técnicas”. También recuerda el libro Poesía y filosofía de Maria Zambrano, quien describe el interés en la explicación y la racionalización del filósofo, mientras que el poeta se deja sorprender e interpelar del otro, y piensa que las/os psicólogas/ nos vemos en esas dos posturas. Le agradezco por las referencias, pues comparto también ese gusto por la literatura.

Respecto a la gráfica que explica la estrategia discursiva para referirnos a salud mental mediante la situación y la acción psicológica, me dice que es una síntesis interesante, y que le propicia varios interrogantes pero que no explicita.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Maria afirma que tiene mucho cuidado con esa recomendación de iniciar proceso psicológico, porque, aunque puede ser importante para quien se forma en psicología, tampoco se pueden desconocer las otras fuentes de las que se pueden servir, como la lectura, el deporte, la escritura. Asegura que el proceso psicológico “no es una panacea”. Diferencia que hay procesos psicoterapéuticos y asesorías psicológicas, y que los primeros no lo ofrecen las universidades, por los tiempos limitados. Le comparto que mi hipótesis, conectada con lo que ella planteó de la

panacea, es que restringimos a un proceso terapéutico el abordaje de la salud mental cuando ésta se entiende principalmente en su sentido de problema o trastorno.

Grupo C. Astrid y Robinsson

- Comentarios sobre lo que ha sido este tiempo después del taller.

Astrid indica que vivió una experiencia con un estudiante que entra en crisis económica y emocional mientras realizaba su práctica en una institución educativa, derivada de la pandemia durante 2021. Y en otro percibió una desmotivación, por tanto, debió como asesora acompañarlos en un sentido de atención psicológica, siendo también para ella un desafío.

Robinsson identificó muchos duelos y ansiedades que respondían a los cambios radicales a las/os que muchas/os de sus estudiantes no se sentían preparadas/os, refiriéndose tanto a practicantes como a estudiantes de los demás cursos. Esto, así como a Astrid, también lo afectó, asumiendo doble rol como asesor y psicólogo. Concluye que esta pandemia mostró la fragilidad de la salud mental de las personas, especialmente en el aumento de la tasa de suicidio, sin que para él representara propiamente una novedad, puesto que el número de personas que se suicidan ya venía incrementando en los últimos años.

- De la categorización de las palabras asociadas.

Robinsson indica que le llama la atención la pluralidad sobre el concepto de salud mental, y las palabras que se usan indistintas en el día a día, es como si se estuviera “volviendo paisaje”, es decir, que el tema de salud mental se volvió común y obvio, sin prestarle mucha atención.

Astrid asevera que a partir de esas categorías considera que en efecto se trata de un tema muy serio si se tienen en cuenta las situaciones de violencia. Robinsson agrega que en psicología

hacemos cosas para ocultar lo negativo, porque es más fácil quedarse con la normalidad. Desde el lenguaje se minimiza un fenómeno en lugar de usar las palabras que les corresponde. Y a esto añade Astrid que se ha vuelto común usar los diagnósticos, generalizando el uso de la disfuncionalidad, o sea, normalizándolo, por eso se cuestiona cómo abordamos realmente lo disfuncional. Les comparto que en esas observaciones están aludiendo a los usos convenientes del lenguaje y a los efectos que eso puede producir en contextos prácticos.

- De los repertorios y prácticas discursivas sobre fenómenos y actuaciones.

Astrid interpreta en lo que les muestro de los resultados que hay relación entre el lugar en el que trabajamos y las prácticas psicológicas. Añade que la salud mental aborda tanto lo positivo como lo negativo, así como la promoción y la prevención, confirmando que estos son los asuntos que llevan las/os practicantes a las asesorías en la universidad. Robinsson no hace ningún comentario.

- Del género discursivo “¿Ya inició proceso?”

Astrid cuenta que cuando estudió psicología en su universidad también le recomendaron el proceso y esto le ayudó mucho, lo mismo que en el doctorado, porque era obligatorio. Ella defiende que las/os estudiantes puedan acceder a un espacio para “armonizar” su vida, al menos para ajustar algunos elementos que pueden ser un obstáculo para acompañar a otras personas en hacer conscientes sus dificultades, pero desconoce cómo sería la forma de solucionar este tema. Robinsson afirma que está en desacuerdo en hacerlo obligatorio, ya que el proceso es necesario desde la voluntad individual. También aclara que “proceso” requiere tiempo, y esto en las instituciones es una limitación pues no tienen cómo garantizarlo, para él esto es una

contradicción porque en la formación los motivamos para que hagan proceso, pero no les enseñamos que se van a encontrar con estas dificultades.

Capítulo 6. Discusiones/Diálogos

“...mi amor por variaciones y multiplicidad de términos para caracterizar un mismo fenómeno”.

Mijail Bajtin. Hacia una filosofía del acto (1997, p. 5).

Elegimos este título de discusiones en su sentido de diálogo para mantener una coherencia con nuestro posicionamiento construccionista, de las prácticas discursivas y dialógico. Antes de comenzar, es necesario aclararles por qué decidimos mantener el uso de la expresión salud mental, pese a las múltiples críticas que el calificativo *mental* ha recibido. Por ejemplo, el filósofo Richard Rorty (1979) indica que lo *mental* es una categoría esencialista que pretende servir de “espejo” de la naturaleza, y aclara que:

Es totalmente cierto que el modelo de la mente que llevó a Descartes y a Locke a construir los “problemas filosóficos tradicionales” se incorporó a la terminología de la joven ciencia de la psicología. Sería sorprendente que el derrocamiento de este modelo no repercutiera en las actividades de dicha ciencia. Sin embargo, sería igualmente sorprendente que una disciplina, que ha visto pasar varias generaciones desde el momento de sus inicios filosóficos, no fuera capaz de valerse por sí misma (p. 148).

Esto quiere decir que el modelo de la mente discutido en la filosofía pudo ser abordado de otra manera por la psicología, pero que al final se mantuvo bajo la representación de la mente-espejo. Otra crítica, con la que concordamos, es planteada por la profesora Alicia Stolkiner (1988), quien señala que la categoría salud mental debe ser entrecomillada, puesto que ella hace parte de la salud en general y que su uso se debe a “una parcialización operatoria fundamentada en la especificidad de sus formas de abordaje de la problemática de salud en general” (p. 50).

Por otro lado, desde una lectura construccionista, advertimos que salud mental es una expresión a la que nos hemos “familiarizado”, tal como lo diría Mary Jane Spink. Y es precisamente esa familiarización la que motiva nuestro análisis, porque al cuestionarla pueden identificarse otros puntos de inflexión para comprender no sólo por qué ese uso, sino también cuáles son sus efectos en el día a día de las personas y comunidades, qué relaciones permite y qué otras mantiene al margen, así como lo subraya para el construccionismo la postura de Kenneth Gergen (1996). Por tanto, como nuestro foco es el *uso*, no podíamos sino seguir trabajando con la misma expresión, sin que eso implicara el desconocimiento de las diversas críticas a ella anudadas, además que debe quedar claro que no pretendemos proponer un cambio de expresión o una nueva conceptualización. Por su parte, nos circunscribimos a la psicología porque es desde donde nos posicionamos, reconociendo que hay varios saberes y enfoques disciplinares, teóricos y conceptuales que se aproximan a esta misma temática, tales como el campo de la salud pública (Restrepo y Jaramillo, 2012) o de la historia (Gutiérrez, 2019), entre otros.

Aclarado lo anterior, diseñamos este capítulo de discusiones/diálogos en dos partes. En la Parte I, abordamos desde un punto de vista pragmático algunos sentidos sobre salud mental producidos con nuestras/os participantes, o sea, analizando su función social y consecuencias en la vida cultural. Y en la Parte II, explicitamos nuestra propuesta de una salud mental transversal a la psicología, justificada en las puntualizaciones pragmáticas/construccionistas y en la dialogía bajtiniana.

Parte I. Aproximación pragmática/construccionista a la expresión salud mental

En su libro *Relaciones y realidades*, Kenneth Gergen (1996), presenta varios ejemplos de una postura construccionista en el análisis de varios tipos de discursos, y destaca que cualquiera de ellos puede tener consecuencias sociales, de allí que una pregunta crucial sea “¿qué formas de vida cultural sustenta o suprime este discurso?” (p. 64). Más adelante señala que dar cuenta de las consecuencias pragmáticas de un discurso consiste en “desvelar los dispositivos literarios de los que deriva su fuerza retórica, elucidar los procesos sociales a partir de los que ha surgido, indagar en sus raíces culturales e históricas, y desafiar sus valores implícitos” (p. 69). A la luz de estas orientaciones, nos proponemos dialogar/discutir sobre tres sentidos de salud mental identificados en las prácticas discursivas que analizamos en el Capítulo 5 de Resultados. Ellos son:

Sentido 1. En el análisis de la asociación de palabras usamos varias categorías bajo las que agrupamos las palabras mencionadas por las/os profesoras/es durante la primera actividad del taller; a esto se sumó el análisis mediante el árbol de asociaciones para profundizar en las razones por las que se daba la diversidad de palabras. De estos resultados nos llamaron la atención repertorios como derechos, comunidad, bienestar, emociones, tranquilidad. A este sentido 1 lo hemos calificado como *definición positiva de salud mental*.

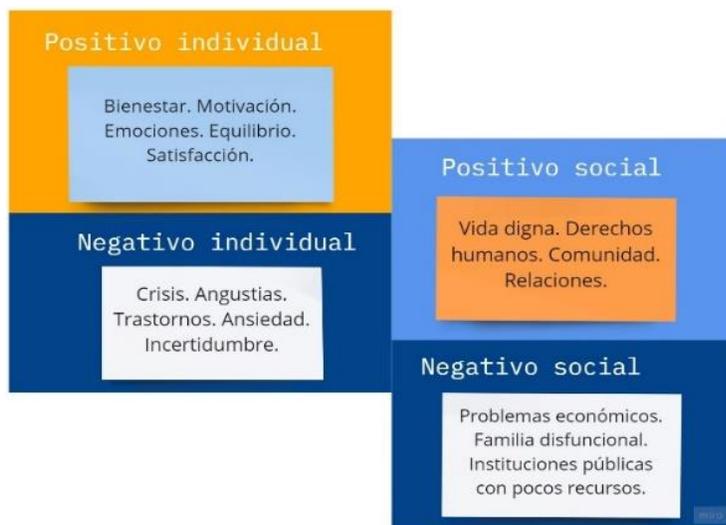
Sentido 2. Por su parte, los mapas nos auxiliaron en la visibilización de las temáticas de las narrativas. Uno de los temas era sobre los fenómenos de salud mental, cuyas descripciones se enfocaron en una *definición negativa de la salud mental*. Ejemplo de esto son los repertorios: ansiedad, trastorno, crisis, angustia, suicidio, abuso sexual.

Sentido 3. Ambas connotaciones negativa y positiva de salud mental se caracterizaron por su matiz individual o social que aludían a una condición interna al individuo, o sea, procesos

intrapicológicos, y externa, relacionada con el contexto social y ambiental. Por tanto, este sentido involucra la cuestión por *lo individual* y *lo social* en los que suelen ser “ubicados” los aspectos negativos o positivos de la salud mental.

Lo anterior lo resumimos gráficamente así:

Ilustración 14 . *Sentidos de salud mental en docentes de dos universidades de Medellín.*



Fuente: Elaboración propia (2022).

Esta Parte I la dividimos en dos secciones para discutir inicialmente sobre los sentidos que refieren unos discursos sobre las definiciones positivas y negativas de salud mental; y en un segundo momento, reflexionamos sobre el discurso individualista y de lo social, tal como sugieren los sentidos producidos con nuestras/os participantes.

a. Discursos de las definiciones positivas y negativas de salud y salud mental

Iniciaremos con las definiciones positiva y negativa de salud mental. Para esto, nos serviremos de un primer interlocutor que problematiza el tema en el campo de la salud colectiva. Se trata del profesor brasileño Naomar Almeida-Filho, de quien retomamos algunas ideas de su libro *O que é saúde?* (2011). Según el autor, la salud como fenómeno positivo se describe en

términos de capacidad, funcionalidad y equilibrio o armonía; sin embargo, destaca unas críticas del filósofo norteamericano Christopher Boorse, quien dirá que de la capacidad se desconoce cuál sería la meta, convirtiéndose así en una valoración ideal. Por su parte, el equilibrio se restringiría a un nivel metabólico, sin que tenga en cuenta otras condiciones como la sordera y la esterilidad.

En cuanto a la funcionalidad y eficiencia biológica, Almeida-Filho (2011) indica que es en esta perspectiva que se sustenta el raciocinio de Boorse para criticar las concepciones positivas de salud que pretenden dar con una receta de ser humano ideal, de allí que para Boorse la salud sea opuesto a la enfermedad y, por tanto, se presente sólo como ausencia de esta última. No obstante, Almeida-Filho, basándose en George Canguilhem y su noción de normalidad, afirma que filosóficamente no son excluyentes, pues salud y enfermedad son cada una un tipo de norma, y por tanto en una misma persona encontraremos salud y enfermedad; de este modo, Almeida-Filho se distancia de la mayoría de las teorías que asumen la salud, directa o indirectamente, como ausencia de enfermedad.

Entendemos que con las críticas que hace Almeida-Filho (2011) a las teorías que admiten la salud como ausencia de enfermedad, se intenta reforzar una definición de salud en su sentido estricto de salud; sin embargo, nos parece que con su propuesta de una teoría general decide mediar entre todas las definiciones para integrarlas -así algunas se basen en la concepción negativa- y con ello abarcar lo que él denomina el proceso salud-enfermedad-cuidado, problema interdisciplinar que requiere de diversas aproximaciones. El profesor sostiene que:

(...) resulta que los fenómenos de salud-enfermedad no pueden ser definidos como esencialmente una cuestión colectivo-epidemiológica, clínica-individual o biológica-subindividual. (...) Para dar cuenta de esa modalidad de objetos de conocimiento, será

ciertamente más adecuado perseguir una construcción de una teoría general de la salud (p. 148, traducción nuestra).

Según esto, el objeto de esa teoría no sería la salud, sino la *salud-enfermedad*, y nos preguntamos si esta misma lógica se puede aplicar a nuestro objeto de análisis, algo así como *salud mental-trastorno*. Lo que vemos problemático en este asunto es que con el uso de cualquier expresión, lo que parece prevalecer, tal como lo sostiene el Edmundo Granda (2004), es la *enfermología pública* adherida a la salud pública tradicional, y que aplicaría de igual manera para la salud mental, en cuyo caso sería una *trastornología*¹⁵. Un posible avance en esta cuestión está en la siguiente afirmación de Almeida-Filho en las conclusiones de su libro: “no encuentro ninguna base lógica para una definición negativa de la salud, tanto en el nivel individual como en el colectivo, mismo en sus versiones más avanzadas y completas” (p. 146, traducción nuestra).

Entendemos con esto que la definición de salud ni está supeditada a la enfermedad, ni es su contrario opuesto excluyente, de allí que no sea posible una salud como ausencia de enfermedad, simplemente son fenómenos diferentes, relacionados, pero diferentes; aunque también puede suceder que la definición negativa suscite un uso indistinto de salud y enfermedad, tal como lo sostuvo en 1986 Marie Jahoda cuando critica que salud mental frecuentemente designa enfermedad mental (citada en Lopera, 2014). Según ella, se trata de un eufemismo, pues se usa la expresión salud mental para aludir a psicopatologías, y entonces ya estamos entrando en el terreno de la retórica, distinto al de la lógica como lo veníamos viendo con Almeida-Filho.

¹⁵ Podríamos haber dicho psicopatología o psicopatologización, pero creemos que con estos términos se podría perder el matiz crítico de Granda respecto al afán de ver en todas partes problema, alteración y enfermedad.

Sin embargo, la crítica de Jahoda puede ser usada en su contra, porque con la expresión salud mental positiva cae en otro tipo de retórica en su sentido de redundancia, volviendo de nuevo a la perspectiva de una acepción negativa o positiva de salud. Lo que estamos mostrando es el trasfondo lingüístico que puede tener determinada expresión y más cuando es definida dicotómicamente por ausencia o presencia.

Avancemos un poco más en este debate incluyendo las voces de otras/os investigadoras/es.

En la tesis de doctorado del profesor colombiano Juan Diego Lopera (2014) también se discute la definición negativa de la salud mental. Lopera advierte que en un documento de la Defensoría del Pueblo publicado en 2008 y titulado “La salud mental en Colombia”, se usan como homólogos los términos enfermedad mental, trastorno mental y trastorno psiquiátrico, “lo que acentúa la mirada desde la enfermología y no desde la salud en cuanto tal (...)” (p. 134).

Lopera añade que, para el caso de la salud mental, *sí* hay definiciones positivas explícitas en documentos de la OMS y en la Ley 1616 de 2013 de salud mental en Colombia; la dificultad radica en que luego su uso se desliza hacia el lenguaje de los trastornos, es decir, hacia la definición negativa. Además de esto, Lopera (2014) agrega que en muchas de las definiciones no es claro qué *es* salud mental, y que en su lugar lo que hacen es describir “las condiciones que requeriría para que pueda darse” (p. 148) o “sólo propone lo que ha de contemplarse cuando sea abordada” (p. 152). Hay otras afirmaciones parecidas que el autor resume así: “Quizá nos encontramos nuevamente con lo que hemos visto en otros autores: se presupone una concepción de salud mental como si fuese, o un concepto intuitivo (todos ‘sabemos’ a qué se refiere) o como si se asumiera sin más la definición que aporta la OMS” (p. 156, paréntesis en el original).

Para resolver esa falta de claridad, Lopera (2014) acuña la expresión *salud psíquica*, alternativa que se alejaría de la versión de salud mental que la OMS formalizó en 1950 durante la segunda reunión del Comité de Expertos de Higiene Mental. Para esa época, esta organización asociaba salud mental con armonía en su sentido de satisfacción de impulsos potencialmente en conflicto, y como una síntesis integrada de las tendencias instintivas. Frente a esto Lopera (2014) aclara que:

Sin embargo, el mantenimiento del concepto de salud *mental* por la OMS, a nuestro juicio, dificulta que esa concepción se expanda en toda su potencialidad, manteniendo amarras muy fuertes con las patologías mentales y con la acepción cognitivista de la psique (alma) humana. Estas consideraciones nos llevaron a proponer el concepto de salud psíquica como más apropiado que el de salud mental, y lo resumimos diciendo que es **el despliegue armónico del ser** (p. 256, negrita y cursiva en el original).

En esta aproximación de salud mental, Lopera explica que la armonía no es de los instintos sino del logos (verbo o razón) con el saber (historia subjetiva). Y añade: “Por esto, también podemos representar estos dos aspectos —además de razón/saber— como espíritu/materia, o razón/pasión o cultura/pulsiones, aunque cada una de estas expresiones enfatiza aspectos que las otras no” (p. 285). Cabe indicar dos asuntos críticos en esta postura de Lopera. Por una parte, el interés en una definición específica puede ser válido, pero su trasfondo es esencialista, es decir, que la salud psíquica que él propone debe *ser* algo y coincidir exactamente con ese algo, promoviendo con esto una ontologización del objeto; esta ontologización consiste en “olvidar que el mismo (el objeto) es construido y aislarlo entonces de las ligazones con las que forma parte” (Stolkiner, 2021, p. 363, paréntesis nuestro).

Por otro lado, nos preguntamos si esta alternativa terminológica y conceptual de *salud psíquica* se escapa al uso de su contraparte, la *enfermedad psíquica*, ya que lo mismo sucede con la expresión “salud mental” usada por la OMS, y que parece no producir ningún cambio concreto. Un ejemplo son las políticas públicas y documentos institucionales que reiteran en la salud, pero que en las prácticas de profesionales o agentes del Estado se privilegian con exclusividad los criterios diagnósticos y las intervenciones centradas en la patología. Desde una lectura construccionista, llamarse salud mental o salud psíquica sólo puede ponerse a prueba en un contexto social específico y evaluarse a partir de los efectos que produce y las funciones que cumple para generar ciertos tipos de relaciones sociales.

Por eso, consideramos pertinente añadir a esta discusión la tesis de doctorado de Dora Hernández intitulada *Aportes a un concepto de salud mental colectiva para Colombia: aprendizajes de las prácticas sociales de construcción de paz en el Oriente Antioqueño* (2021). Esta autora justifica su investigación en varios elementos problemáticos, entre ellos, destacamos lo que ella identifica en la revisión bibliográfica como un protagonismo de la psicopatología cuando se relaciona construcción de paz y salud mental. Es decir, que las/os autoras/es usan la expresión salud mental para dedicarse a las patologías de las víctimas de violencia, similar a lo que ya comentamos de los textos de Almeida-Filho y Lopera respecto al uso indistinto de salud y enfermedad. Ambigüedad que también se da en las definiciones de la noción de paz:

Algunos autores han planteado la paz en términos de la dicotomía negativa/positiva. La primera como la ausencia de violencia directa, de guerra o conflictos destructivos, criticada porque indica lo que se debe evitar, pero no lo que se debe promover; mientras la “paz positiva” surge como contraposición a la anterior, como aquella que va más allá de la ausencia de violencia directa, enfatiza en la presencia

de justicia social, exige estructuras políticas, sociales y económicas que permitan una distribución equitativa del poder y del acceso a los recursos, no rechaza el conflicto, sino que entiende su potencialidad como motor de crecimiento y transformación e insiste en su resolución pacífica (Zapata Cancelado, 2010, citada en Hernández, 2021, p. 12).

Traemos esta referencia de la paz positiva y negativa porque retrata lo que ya hemos planteado en párrafos anteriores sobre salud negativa/positiva. Ahora bien, vemos en Hernández (2021) otro intento por trascender esa dicotomía definiendo a la salud mental en función de su dimensión relacional/colectiva/sensible de la salud. Es relacional si se considera “una concepción psicosocial de la salud mental respecto a su lugar en el *vínculo social*” (p. 239. Cursiva en el original); es colectiva debido a la “potencialidad de lo colectivo para imprimir en los sujetos capacidad de *autonomía y participación política*” (p. 240. Cursivas en el original); y es sensible, porque un segundo sentido de lo colectivo entre sus participantes acepta la importancia de la creatividad mediada por el cuerpo. El cuerpo adquiere para la autora una centralidad, pues es “aquel que nos permite ser y mostrarnos en tanto humanos, que tiene la posibilidad de encarnar (*embodiment*) las condiciones de vida a las que ha estado expuesto a lo largo de su historia; el *cuerpo como territorio, y los acuerpamientos en sus más diversas formas colectivas del cuerpo social*” (p. 240. Cursivas en el original).

En esta amplitud, la autora describe la salud mental colectiva de una de las organizaciones sociales que ella visita, considerando sus diversas manifestaciones:

- Bajo la forma de “*afectaciones*” de la salud mental que produjo la violencia y la persecución, tales como “tristeza, distanciamiento, ausencia, abuso de alcohol, silencio” (p. 117).

- También en su sentido de daños colectivos que interfirieron en las relaciones entre los miembros de la organización.
- Además resalta como salud mental colectiva “el *apego* a sus *tradiciones* y al *territorio*, la fuerza de las asambleas y de lo popular para el reclamo de sus derechos, así como de las *redes de apoyo* para hacer realidad sus decisiones” (p. 117. *Cursivas en el original*).

Según esto, en la salud mental colectiva que privilegia esta profesora confluyen las versiones positivas y negativas de la salud mental, más o menos en la misma fusión que vimos en Almeida-Filho de la salud-enfermedad como objeto de su teoría general de la salud.

Ahora bien, escogimos estos referentes porque en todos hay una alusión al debate sobre la definición negativa y positiva de la salud. Para el caso de Almeida-Filho, su propuesta las sigue reuniendo bajo la teoría general de salud y la noción salud-enfermedad-cuidado, considerando que no son fenómenos excluyentes entre sí, y, de este modo, romper con la idea de salud como ausencia de enfermedad. Lopera, por su parte, detecta las confusiones del discurso de la OMS que define positivamente la salud mental pero que acaba retornando a la primacía del lenguaje psicopatológico, por eso sugiere el uso de la expresión salud psíquica. Sin duda se trata de una apuesta terminológica para alejarse del modelo de la enfermedad; sin embargo, padece de un carácter esencialista para decir lo que “realmente es” porque otros modelos no lo hacen, sin que esto garantice evitar el uso indistinto entre salud psíquica y enfermedad psíquica, semejante a lo que sucede con salud mental y trastorno mental. Finalmente, la salud mental colectiva en el estudio de Hernández mantiene, así como Almeida-Filho, la confluencia de la connotación negativa y positiva de la salud mental, pero debemos rescatar que su esfuerzo representa un avance importante no sólo en la terminología, sino en el nivel de resignificación cuando introduce la noción de cuerpo en su vínculo con el territorio.

Hasta aquí podemos parcialmente concluir que nuevas terminologías o definiciones con matiz positivo por sí mismas no impiden caer en la lógica de la enfermología tradicionalmente asociada al discurso médico; lo que tal vez propicie una rotunda distancia de ese modelo es el reconocimiento del carácter diferenciado de salud y enfermedad, y el interés aumentado en elementos ignorados que se resisten a ser reducidos a los síntomas o trastornos. En otras palabras, advertimos que en el uso de la expresión salud mental puede tener cabida tanto el lenguaje de los síntomas y problemas como el de las capacidades, relaciones o potencialidades, pero todavía es preciso profundizar en las funciones que uno u otro pueden tener en la vida cultural, aspecto que ampliaremos a continuación.

Para abordar esta otra arista de nuestra aproximación pragmática/construccionista, sumamos a este diálogo la voz de Kenneth Gergen (1994/2007), a partir de lo que él llama el *lenguaje del déficit*. Este autor distingue las siguientes funciones del vocabulario del déficit mental:

- Función 1. Jerarquía social: a mayor cantidad de criterios para el bienestar mental, mayor el número de formas para sentirse inferior en comparación con otros.
- Función 2. Erosión de la comunidad: las aflicciones requieren un diagnóstico y tratamiento, por eso la persona debe ser removida de su contexto cotidiano para entrar a la “esfera profesional” (p. 289).
- Función 3. Autodebilitamiento: el déficit se lleva como si fuera una huella digital, razón por la que será inevitable que se manifieste en cualquier momento o situación a lo largo de la vida.

Gergen también reconoce que ese lenguaje del déficit tiene otro tipo de funcionalidades, ya que permite “volver familiar lo ajeno, y, por tanto, menos temible” (1994/2007, p. 287); sin embargo, él insiste en una postura crítica frente a esos repertorios, siendo una salida promover “formas de reeducación generalizada sobre las funciones del lenguaje” (Gergen, 1994/2007, p. 305). Con el ánimo de mostrar algunos ejemplos de estas funciones indicadas por Gergen, vamos a traer aquí la revisión que hicimos de artículos académicos publicados entre 2013 y 2020 de investigadoras/es colombianos/as formadas/os en psicología que usan la expresión salud mental en el título, el resumen o las palabras clave de sus textos. Ese rango temporal pretendió tener en cuenta la Ley de salud mental 1616 ratificada por el Congreso de la República de Colombia en 2013, y el Estudio Nacional de Salud Mental de 2015, documentos institucionales que, así como los de la OMS, reiteran en una definición “positiva” de salud mental. Curiosamente en los artículos seleccionados no identificamos alguna alusión directa a estos documentos institucionales, prevaleciendo el “lenguaje del déficit”; sin embargo, esto no podemos generalizarlo para todo el conjunto de producciones académicas, pues nuestra muestra documental respondió a un criterio de búsqueda delimitado a las bases de datos Redalyc, Scielo y Dialnet mediante el descriptor salud mental y Colombia, privilegiando la disciplina psicológica. De este ejercicio destacamos las siguientes expresiones usadas por las/os autoras/es en cuya connotación de déficit se subsume la salud mental:

Tabla 13. *Expresiones de salud mental en artículos de autoras/es colombianas/os del área de la psicología*

Expresiones de salud mental	Autoras/es
Fenómenos psicopatológicos	Rocío Venegas, Alexandra Gutiérrez y Maria Caicedo (2017)
Enfermedad mental	Ximena Castro (2013)
Trastorno mental	Daniela Sánchez <i>et al.</i> (2019) Viana Bustos y Ana Russo (2018)

Depresión	Ailed Marengo-Escuderos, Yuly Suárez-Colorado y Jorge Palacio-Sañudo (2017) Carmen Caballero, Yuly Suárez y Henry Bruges (2015)
Ansiedad	Carmen Caballero, Yuly Suárez y Henry Bruges (2015) Wendy Vera-Tangarife, Maria Lemos y Andrés Vásquez (2020)

Fuente: Elaboración propia (2022).

En esta revisión sugerimos una reconstrucción del hilo discursivo sobre el que las/os autoras/es se basan para combinar salud mental y psicopatología, lógica bajo la que direccionan sus investigaciones y fundamentan sus conclusiones:

- Primero, las/os investigadoras/es determinan en sus estudios que hay una situación problemática que afecta a un grupo poblacional específico. Ejemplos: el desplazamiento forzado en adolescentes y jóvenes (Sánchez *et al.*, 2019) o en indígenas (Luisa Ruiz, Zulma Urrego y Franklin Escobar, 2019), vivir en un barrio vulnerable (Vera-Tangarife, Lemos y Vásquez, 2020), ser transexual (Roberto Lasso, 2014), ser jóvenes universitarios (Caballero, Suarez y Bruges, 2015) o estar expuesto al conflicto armado (Constanza Londoño y Marcela Velasco, 2015).
- Después analizan las categorías diagnósticas y los síntomas descritos por los manuales de diagnóstico publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud. Argumentan que se acogen a esta terminología no sólo por la ya conocida razón de la posibilidad de comunicación entre colegas de diferentes áreas, sino porque a partir de ello es posible el acceso al sistema sanitario. Es decir, sólo si tienes el diagnóstico puedes ser atendido, tal como lo ratifica Lasso (2014):

(...) la importancia de la presencia de este diagnóstico dentro del sistema formal de salud y su uso estratégico en el marco colombiano para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) -empresas privadas prestadoras de servicios médicos- y el Estado cubran ciertos

procedimientos y aseguren ciertos tratamientos, dado que “lo que no es enfermedad no amerita tratamiento” (p. 120).

- Finalmente, las/os investigadoras/es concluyen en sus estudios que la evidencia científica confirma la relación entre diagnósticos psiquiátricos y personas bajo ciertas condiciones sociales (pobreza, violencia) o subjetivas (ciclo vital, orientación sexual); y con base en esto, se autorizan para justificar la importancia de seguir investigándolas/os, o tratarlas/os, pues están necesitadas/os de acompañamiento. Además, aseguran que sus estudios contribuyen con el diseño de políticas públicas en salud mental. Es decir, poder científico, terapéutico/interventivo, y político, respectivamente.

Por otra parte, las definiciones positivas de salud mental, aunque “positivas”, también pueden ser usadas de la misma forma que las negativas. Siguiendo con la revisión de artículos de autoras/es colombianas/os del ámbito de la psicología, identificamos aquellas/os que reivindican la salud mental en su sentido de “recursos psicológicos” (Margie Quintero-Mantilla y Ara Cerquera-Córdoba, 2018), habilidades de la persona que se traduce en conceptos como resiliencia, estrategias de afrontamiento (Nohelia Hewitt et al., 2016) o la integración yoica (Bustos y Russo, 2017). Pero de esto emerge un tipo de uso en el que la responsabilidad por la salud mental recae en las/os profesionales conocedoras/es de esos recursos; sugieren además que el Estado debe garantizar la atención psicológica a las personas, por ejemplo, víctimas del conflicto armado, para promover las estrategias de afrontamiento mediante intervenciones como “la primera ayuda psicológica, la intervención en crisis y la atención psicológica especializada” (Hewitt *et al.*, 2016, p. 136).

Entonces la salud mental o recurso psicológico es responsabilidad de la o el profesional y del Estado. Lo paradójico de esto es que lo que se aprecia como capacidad intrapsicológica o salud mental del individuo, termina siendo revestida por el matiz de problema o situación negativa/social, pues como se trata de una víctima de violencia ella requiere necesariamente de la intervención profesional. La otra cara de esta postura de la salud mental centrada en el individuo, supuestamente “positiva”, es la defendida por autoras/es de formación psicológica con lecturas psicoanalíticas (Néstor Porrás, 2013 y Ximena Castro, 2013), quienes devuelven al sujeto su responsabilidad, pues es una cuestión subjetiva.

Otras/os autoras/es conciben la salud mental en relación con el tejido social e inclusión de comunidades en procesos de salud (Vera-Tangarife, Lemos y Vásquez, 2020; Cristian Zambrano, Lina Aroca y David Rosero, 2015; Nayibe Barreto y Carolina Yanguma, 2015). Con estos elementos se autorizan para denunciar y exigir del Estado una solución para garantizar derechos y condiciones de vida digna. Noten que, si bien son necesarias las acciones de profesionales y del Estado, no quiere decir que el tema de la salud mental en su versión de alteración para tratarla o de recurso que debe ser incentivado, se convierta en la excusa programática para decidir quiénes deben resolver problemas y prestar ayuda; esto supondría volver al imperativo de la normalidad y la adaptación, ignorando que muchas veces hay colectivos y grupos sociales ubicados en lugares a donde ni Estado ni profesionales pueden llegar con sus respectivas prácticas de salud mental.

Ya hemos mencionado que estos artículos académicos no tuvieron en cuenta documentos institucionales, no porque estén obligados a hacerlo, sino porque se trata de lineamientos que orientan políticas, programas y proyectos en los que de algún modo tienen lugar las/os profesionales en psicología. Y frente a esto, nos cuestionamos cómo ambos vocabularios, los de

la academia y los institucionales, se articulan. Presentamos a continuación una breve recopilación de lo que plantean la Organización Mundial de la Salud (1950, 2001, 2004), la Ley de salud mental en Colombia (2013) y el último Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015):

Tabla 14. *Repertorios de salud mental en documentos institucionales.*

OMS (1950, p. 3)	OMS (2001, p. 5)	OMS (2004, p. 14)	Ley 1616 2013 (art. 3)	ENSM (2015)
No es estática y es influenciada por factores biológicos y sociales	Bienestar subjetivo	Parte integral de la salud	Estado dinámico	Recursos psicológicos y psicosociales (p. 62)
Capacidad para establecer relaciones y modificar su ambiente o contribuir a ello	Percepción de eficacia	Más que ausencia de enfermedad	Estado que permite en sujetos individuales y colectivos despliegue de recursos emocionales, cognitivos y mentales	Cognición social y reconocimiento de otros (p. 74)
Capacidad de obtener satisfacción armoniosa de sus instintos	Autonomía Competencia	Relacionada con salud física y la conducta	Esos recursos permiten trabajar, relacionarse y contribuir a la comunidad	Apoyos, familia y capital social (p. 88)
Personalidad que permita a los impulsos una expresión armoniosa en la realización de potencialidades	Autorrealización de capacidades	Estado de bienestar en el que individuo sabe de sus aptitudes, puede afrontar presiones, trabajar y contribuir a su comunidad	Es un derecho fundamental	

Fuente: Elaboración propia (2022).

Identificamos que ninguno de los repertorios se refiere a trastorno, problema o alteración, tal como lo ha reiterado el estudio de Lopera (2014) sobre el uso de expresiones positivas por parte de la OMS. Frente a esto nos preguntamos: ¿cómo explicar la insistencia en el uso de repertorios volcados en su versión positiva en documentos institucionales, pero que no se refleja en la literatura académica en psicología, todavía tendiendo al lenguaje del déficit? Esto seguramente nos devuelve al debate ya expuesto sobre el trasfondo retórico de este tipo de

lenguaje, pero la diferencia es que en esta ocasión nos obliga a desvelar los procesos sociales en los que esa retórica se sustenta.

Una pista la leemos en Alicia Stolkiner (2021), para quien la salud se transforma en la nueva moral de la época que paradójicamente enfatiza en las capacidades que sólo serían susceptibles de ser “potenciadas” mediante la biomedicalización, es decir, que cada individuo debe ejercer control de sí mismo para resolver su presencia de enfermedad sin que sea necesaria la intervención médica y, con esto, obtener salud mental en su versión de ausencia de enfermedad. Esto quiere decir que a nivel discursivo la salud mental es capacidad o bienestar, pero en términos prácticos permanece, por conveniencia, la lógica de la *enfermología* o *trastornología* que favorece a la industria farmacéutica.

No obstante, debemos añadir que otro sería el panorama si a ese lenguaje institucional de salud mental se le asocian prácticas direccionadas hacia aquello que es “presencia” de autonomía, derecho, capacidad, relaciones, apoyo, etc. Vale decir que allí hay un avance discursivo menos volcado al individuo aún no explorado y al que la psicología en su amplitud podría contribuir, pero que se ve limitada por su todavía miope visión de la salud mental reducida a los síntomas y al déficit mental, tal como fue examinado en la revisión de artículos de colegas psicólogos/os. De todas formas, también mencionamos que quien está más cercana a ese distanciamiento del uso exclusivo del lenguaje del déficit, es la profesora Dora Hernández y su noción de salud mental colectiva situada en el contexto colombiano, mostrándonos que sí hay vientos de cambio.

Cabe agregar que, como lo critica Gergen para el lenguaje del déficit, esta terminología de la salud mental también es producto del lenguaje cotidiano y cultural, lugares comunes que son tecnologizados, es decir, que se modifican o adaptan a términos técnicos para inaugurar la

posición de autoridad en el tema, y más aún cuando la autojustifican en los principios de la ciencia. Afirma Gergen: “A medida que estos discursos son digeridos y reformados, se convierten en propiedad de la profesión, creando “objetos conversacionales” acerca de los cuales las profesiones son las expertas” (1994/2007, p. 293). De allí que estos diálogos acerca del uso de la expresión salud mental, sea en un sentido negativo o positivo, nos invitan a una tarea de permanente reflexión para quienes desde allí nos ubicamos cotidianamente. La cuestión no se limita sólo al lenguaje del modelo hegemónico de la psicopatología, sino también al lenguaje de los recursos, del bienestar o las capacidades, ambos susceptibles de un uso conveniente, según los intereses del mejor (im)postor.

Para finalizar, les pedimos que retengan por favor las siguientes ideas antes de continuar con la próxima sección:

- 1- La investigación psicológica y la producción de conocimiento científico contribuye con nociones, definiciones, conceptos y teorías para comprender la salud mental o cualquier otro fenómeno y de sus efectos y usos somos responsables. Una experiencia reciente es de la American Psychological Association (2021) que se disculpó por aquellos discursos y prácticas que reprodujeron o justificaron el racismo sistémico en Estados Unidos de Norteamérica.
- 2- El lenguaje cotidiano mantiene relaciones estrechas y un tanto difusas con el lenguaje psicológico, por eso los cuidados con su uso en los diferentes contextos donde nos desempeñamos. Esto se puede llevar a cabo mediante la *reeducción en las funciones del lenguaje* sugerida por Gergen (1994/2007), y reeducar se refiere a educar constantemente o prestar atención a las terminologías, sus contextos de reproducción, de uso y multiplicación.

- 3- El filósofo ruso Mijail Bajtin (1997) abiertamente declara su “amor por variaciones y multiplicidad de términos para caracterizar un mismo fenómeno” (p. 5); con esta cita iniciamos este Capítulo, ya que alude a la pertinencia de nuevos lenguajes como promotores de prácticas humanas diversas. También así lo sostiene Gergen (1996), reiterando en la dimensión performativa del lenguaje, es decir, como productora de actos, los cuales, como lo habrán percibido, han merecido nuestra mayor atención.

Con estas puntualizaciones queremos hacer explícita nuestra pretensión de ampliar en este tema de la salud mental el “espectro dialógico” (Gergen, 1996, p. 161), pero antes debemos ahondar en otro asunto relacionado con el tercer sentido que retomamos de las narrativas de nuestras/os participantes. Es aquel que distingue entre lo individual y lo social, a los cuales se les atribuye una u otra connotación negativa y positiva de la salud mental.

b. El discurso individualista y el discurso de lo social en salud mental

El asunto de las definiciones negativas y positivas de la salud mental se complejiza con la otra dicotomía individual-social que reconocimos en las prácticas discursivas de nuestras/os participantes. Ante esto nos preguntamos: ¿qué es eso que llamamos con tanta naturalidad individual y social? ¿qué tiene que ver esto con la salud mental? Son preguntas que consideramos pertinentes, porque de las definiciones se puede colegir que la salud mental es algo que una persona “tiene”, con lo que se “está”, lo que se “es”, o aquello que la “determina”. Esto introduce la hipotética ubicación de la salud mental en el interior o exterior de una persona.

Siguiendo el orden de la sección anterior, dialogaremos primero con Almeida-Filho (2011) acerca de este tema en el área de la salud colectiva. Son varios los puntos de vista que nos

comparte el profesor, entre ellos, la idea de que lo social junto con lo poblacional están inmersos en la noción de lo colectivo. Del primero sobresalen las condiciones socioculturales estudiadas por la antropología médica, y de la salud de la población se ha encargado principalmente la economía de la salud y la epidemiología.

Mientras que lo individual tendrá otra clasificación. Almeida-Filho (2001) propone el término *planos de emergencia*, para explicar que además de lo colectivo, también se analiza el plano subindividual; éste compromete una visión fisiopatológica más cercana a la biología, donde el individuo es asumido como un organismo. También está el plano individual que alude a la singularidad de la experiencia de salud-enfermedad. El profesor expone estos planos de emergencia asociándolos con la noción *modos de salud*, retomando a su vez los descriptores de varios modelos de abordaje del objeto salud-enfermedad a los que les corresponde una terminología más específica de individuo-sociedad-colectivo. Esto lo organizamos en la siguiente tabla:

Tabla 15. *Planos de emergencia, modos de salud, modelo de abordaje y tipos de individuo y sociedad según Almeida-Filho*

Planos de emergencia	Características	Modos de salud	Modelo de abordaje salud-enfermedad	Tipo de individuo/sociedad
Subindividual	Sistémico, tisular, celular, molecular	Normalidad como estado. Funcionamiento fisiológico.	Biomédico	Individuo-organismo
Individual	Clínico, privado	Salud normal	G. Canguilhem	Individuo-experiencia singular
		Salud privada	H.G. Gadamer	
Colectivo	Poblacional	Salubridad como situación	Economía de la salud	Colectivo-poblaciones

	Social	Salud social	Antropología médica anglosajona	Colectivo-Cultura
--	--------	--------------	---------------------------------------	-------------------

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Almeida-Filho (2001, 2011)

En esta lectura que hacemos del profesor Almeida-Filho, estamos intentando delimitar las concepciones de lo individual y lo colectivo/social dependiendo de los modelos teóricos en los que se fundan. Identificamos para lo individual sus dos acepciones: individuo-organismo e individuo-experiencia; y lo colectivo tiene su connotación poblacional de sumatoria de individuos -cuya salud se mide según sus años vividos sin incapacidad y tiempo perdido por mortalidad prematura-, diferente al nivel colectivo en su sentido cultural, que tiene en cuenta “trayectorias individuales, códigos culturales, contexto macrosocial y determinación histórica” (Almeida-Filho, 2011, p. 84).

Debido a la gran cantidad de opciones, daremos sólo unos ejemplos para asociar esos niveles con determinadas disciplinas. Podríamos decir que del nivel subindividual se encargan las ciencias básicas de la salud, por ejemplo, la biología; el nivel individual, como experiencia, sería más cercano a la práctica clínica, tal como lo señala Almeida-Filho; el colectivo-poblacional, con miras a la medición epidemiológica de la salud, sería un objeto de análisis de las ciencias económicas; y finalmente, el nivel colectivo-cultural podría ser más propio del campo de la salud colectiva en la intersección con la antropología y otras ciencias sociales y humanas.

Esto de todas formas no quiere decir que se trate de una exclusiva pertenencia disciplinar, sino más bien de la posibilidad de confluencias entre concepciones ontológicas, epistemológicas y teóricas que cualquier profesional de una u otra disciplina puede contemplar en sus comprensiones sobre la salud y la salud mental. Esto lo escuchamos en los diálogos con

nuestras/os docentes, quienes, formadas/os en psicología, se refirieron a una o más de estas nociones: condiciones de vida digna (Julio), salud como constructo cultural (Maria), percepciones de salud (Robinson), entre otros.

Debemos añadir que Almeida-Filho también recurre al filósofo Juan Samaja para adherirse a sus proposiciones, cuyas múltiples caras de lo individual/social se reflejan en estas conexiones: “molécula//célula (autopoiesis). Célula//organismo (ontogénesis). Organismo-Sociedad (acoplamiento estructural). Biosociedad//sociedad gentílica. Sociedad gentílica//sociedad política”. (2011, p.130-131). La concepción es amplia, y en ella identificamos un extremo biológico y otro sociopolítico, de manera que con esto parece abarcar el objeto complejo de salud-enfermedad-cuidado, tal como lo entiende Almeida-Filho.

A estas comprensiones de individual y social vamos a añadir otras que Lopera (2014) desarrolla en su tesis de doctorado; su particularidad, a diferencia de Almeida-Filho, es que se centra en la salud mental. Antes de revisar lo que plantea respecto al tema, resumimos algunos de sus comentarios y críticas a los enfoques biológico, sociológico y psicológico, ante los cuales manifiesta una contundente oposición.

El enfoque biológico define al individuo de acuerdo con el funcionamiento de su sistema nervioso central, cuyos inicios se dan con el localizacionismo de finales del siglo XIX y principios del XX. El pensamiento sociológico, señala Lopera, se nutre de las contribuciones de la medicina social y del modelo de determinantes sociales, modelo que el autor interroga pues no entiende cómo la capacidad de elección y voluntad individual puede ser un “reflejo de las preferencias sociales”. (p. 144). Aunque Lopera interpreta de ese modo el enfoque de determinantes sociales, no lo reduce a esa única aproximación, por eso amplía la reflexión

citando a Edmundo Granda, quien explica la diferencia entre *acción del sujeto* y *acción de las estructuras sociales*:

la epistemología debe ser plural, imbuida de una doble hermenéutica que reconozca el saber de los sujetos en su diario vivir —y no tomarlos como cosas u objetos pensantes— ; y el Estado es uno de los actores en la consecución de la salud, pero no de un modo totalizante, puesto que los colectivos pueden determinar sus modos de vida mediante procesos democráticos de participación y diálogo —al modo de la acción comunicativa propuesta por Habermas (Granda, p. 12, citado en Lopera, 2014, p. 145).

Así, una perspectiva sociológica que Lopera sustenta con Edmundo Granda concibe lo individual y lo social en términos de diálogo durante la acción cotidiana y democrática. Lopera también comenta las concepciones psicológicas de la salud mental, delimitadas en su mayoría a las teorías tradicionales de la psicoterapia, ellas son:

- El conductismo, que reduce lo individual a un organismo que responde a los estímulos del ambiente, ambos, conducta y entorno, son susceptibles de medición, observación y control.
- Las teorías cognitivas, en sus versiones clásicas de procesamiento de información, asumen lo individual a nivel de las cogniciones, esquemas mentales y creencias.
- En la psicología humanista-existencial el ser humano es un todo (biológico, social, psicológico, espiritual), en el que se enfatiza su dimensión yoica para la realización y actualización.
- Otra visión psicológica, mas no psicoterapéutica, es la noción de salud mental positiva de Marie Jahoda, en la que sobresale lo individual como actitud, conciencia, identidad,

capacidad, personalidad integrada, autonomía, percepción de realidad; es decir, un nivel intrapsicológico.

Lopera (2014) afirma que cada una de estas aproximaciones psicológicas se caracterizan por privilegiar el aspecto “subjetivo” como realidad diferente, pero no ignorada, de la social. Y es aquí donde es necesario detenernos en el uso de esas expresiones, porque puede entenderse que sólo en psicología, diferente al pensamiento sociológico, se tiene en cuenta al sujeto porque se priorizan dichos elementos que podríamos denominar intrapsicológicos, exceptuando el modelo conductual. Y lo intrapsicológico/subjetivo nos lleva a la idea de lo “interno” de lo cual se desprende la clásica dicotomía con lo social “externo” y que tiene unas consecuencias en la vida cultural y específicamente en las prácticas de profesionales, tal como se abordará más adelante.

En esta misma lógica *subjetiva-interna*, Lopera ubica al psicoanálisis, en el que también hay varias posturas: un yo en conflicto o dividido (Sigmund Freud), el self o sí mismo (Heinz Kohut), el carácter (Erich Fromm), entre otros. Lopera hace este recuento para dar paso a su propuesta de constitución psíquica que toma distancia de las anteriores:

Lo psíquico (el alma humana) es entonces efecto de la conjugación entre un organismo biológico individual y las instituciones sociales mediatizadas por el lenguaje y la cultura. No es lo biológico, ni tampoco es lo cultural, sino la conjugación de ambas dimensiones. Por eso hablamos de **cultura encarnada** (Ramírez, 2012, Ens. 33, p. 79; Ens. 87, p. 178; Ens. 146, p. 255), por cuanto la cultura toma cuerpo, se encarna en un organismo humano. Podemos llamarlo *alma*, si enfatizamos sus facetas discursivas, simbólicas, ‘mentales’; y podemos llamarlo *cuerpo* (**carne culturizada**) si queremos privilegiar sus

componentes fisiológicos, neuroanatómicos, afectivos, pasionales (p. 178, negrita y cursivas en el original).

Según el profesor, habría una confluencia de lo individual (organismo biológico) y lo social (cultura) que borraría la clásica división dicotómica que él mismo advierte en los abordajes biológicos, sociológicos y psicológicos anteriormente reseñados. Explica que asume un monismo dialéctico porque se trata de una sola realidad, la del alma y sus dos facetas discursiva y carnal; y al mismo tiempo se apoya en un dualismo epistémico que los divide para facilitar metodológicamente su estudio. Más que centrarnos en la validación de su propuesta, queremos resaltar el valor de esta tarea y la entendemos como una forma de generar “ruido”, como voz altisonante respecto a la voz hegemónica y naturalizada que todavía respalda esa división.

En una dirección similar va la tesis de Dora Hernández (2021), quien también comparte con el profesor Naomar Almeida-Filho la afinidad por el campo de la salud colectiva, aunque sobresalen aspectos conceptuales diferentes. Por ejemplo, la autora afirma que lo *colectivo*, tal como ella lo entiende, no se refiere al par individuo-sociedad o individuo-colectivo que supondría o “un nivel social totalizado”, o “una interacción de seres individualizados” (p. 208). Lo colectivo se corresponde con las prácticas sociales de determinados grupos, en especial, de las organizaciones sociales que participaron en su investigación. Según ella, estas organizaciones mediante sus prácticas producen subjetividades, y afirma:

Estas formas de subjetividad buscan transformar los vínculos en lazos solidarios, que incidan sobre sus territorios, bajo un accionar político, que les permita apropiarse de su historia compartida e incidir en la transformación social. El proceso encarnado y vivido

de estas aspiraciones se experimenta a través del cuerpo territorio, que en las experiencias citadas se torna cuerpo colectivo y que rompe la dicotomía mente/cuerpo o cuerpo/alma, propio de las miradas dualistas excluyentes (p. 211).

Entonces lo colectivo aquí ni es poblacional ni cultural como vimos en Almeida-Filho, pues se centra en las *prácticas que realizan* unas personas reunidas en unas organizaciones, con esto la profesora clarifica que la salud mental se manifiesta en lazos solidarios producidos por unas formas de subjetividad desplegadas en las prácticas colectivas. Esto se puede apreciar mejor en la conjunción cuerpo-territorio o *acuerpamiento*; propuesta que, similar a Lopera, permitiría romper con las tradicionales dicotomías características de los discursos sobre salud y salud mental. Hernández (2021) ejemplifica el cuerpo-territorio o *acuerpamiento* con una afirmación que vio alguna vez en uno de los contextos de su pesquisa, decía así: “defendamos nuestros ríos, ellos son las venas de nuestro territorio” (p. 214). De acuerdo con esto, lo individual se disuelve porque no se trata de una experiencia singular como propuso Almeida-Filho, o de lo subjetivo que Lopera adscribe a algunos modelos psicoterapéuticos en psicología o a su cultura encarnada. Parcialmente podemos concluir que en estas tres referencias son muchas las formas de comprender lo individual y lo social, y que cada una escoge una en particular para adaptarla a su teoría o concepto de salud y salud mental.

Vemos también avances interesantes para superar las dicotomías nacidas con el discurso de la ciencia moderna, especialmente esa disyunción individuo-sociedad, pero nos asalta una pregunta. A pesar de esas voces alternas al discurso individualista moderno, ¿cómo se entiende la fuerza retórica que aún lo caracteriza? Con esto damos paso a un segundo momento de este debate afianzando la aproximación pragmática para detectar las fuentes sociales de las que

emerge el discurso individualista y los actos que produce. Lo haremos retomando el género discursivo identificado en las narrativas de nuestras/os participantes y que denominamos “¿Ya inició proceso?”.

Respecto a esta recomendación de “iniciar proceso”, no nos vamos a centrar en la cuestión de si debe ser o no obligatorio para estudiantes de psicología, en su lugar, partimos de la pregunta ¿de qué proceso se trata? Para dar cuenta de esto retomamos algunas narrativas de nuestras/os participantes en el taller:

1. El proceso es el terapéutico o psicoterapéutico: Los enunciados fueron de Hernán (“proceso de psicoterapia personal”), Naty (“vaya a terapia”), Helena (“apoyados en proceso terapéutico”), y Clara (“nunca ha ido a proceso terapéutico”).

Y otros matices sobre el proceso ampliados en el encuentro de diálogos fueron:

2. El proceso basado en lo individual: Elizabeth concibe el autoconocimiento como objetivo del proceso; Linda sugiere que el proceso impele a la pregunta personal y Amparo coincide con Robinsson en que iniciar un proceso exige una decisión o voluntad individual.
3. Proceso alude a problema o enfermedad: Elizabeth afirma que culturalmente se asocia “ir al psicólogo” porque hay algo malo; Juan explica que “somos hijos del modelo médico”, por eso la salud mental como enfermedad y la idea de que las personas sólo van al psicólogo cuando hay un problema; también Naty comenta que la recomendación de iniciar proceso envía como mensaje que existen problemas.
4. El proceso no se reduce a psicoterapia: Julio por ejemplo plantea que proceso es un recorrido en algo que se “disfrute”; Maria indica que hay otras fuentes de proceso, tales

como la escritura, el deporte y la lectura; y Naty aclara que las dificultades pueden ser escuchadas por alguien que no necesariamente sea psicoterapeuta.

Abordamos de manera conjunta estos elementos privilegiando dos asuntos:

- 1) El contexto de producción del énfasis en lo individual asociado a la formación y prácticas en psicología.
- 2) Un ejemplo de efectos cuando se usa el discurso de lo individual en la práctica de la psicoterapia.

Asociamos el contexto de producción de lo individual en salud mental al concepto de *cultura psicológica* discutido por la profesora Mônica Lima (2005) en su tesis de doctorado acerca de las actuaciones psicológicas en servicios públicos de salud en Salvador de Bahía, Brasil. Según ella, el sociólogo francés Robert Castel fue uno de los primeros en usar esa expresión considerando la difusión del psicoanálisis; es cultura en tanto hay una dinámica interactiva entre la comunidad “psi” y los legos, es decir, entre los productores de signos, prácticas y valores y los consumidores de esas producciones.

Lima (2005) agrega que en particular la “cultura psicoanalítica está contenida y da fuerza motriz a un fenómeno más amplio denominado cultura psicológica, ya que otras teorías psicológicas y prácticas fueron desarrolladas en diversas sociedades modernas sobre la égida del principio individualista” (p. 26. Traducción nuestra). Principio individualista que según Lima (2005) caracterizó en Brasil gran parte de la formación en psicología durante la década de 1970, historia que comparte con el caso colombiano. Pese a ser un trabajo de doctorado de 2005 y realizado en Brasil, lo retomamos porque muestra cómo puede mantenerse en el tiempo el

discurso individualista y que nos proponemos poner en discusión/diálogo con las informaciones producidas entre 2020 y 2021 en Colombia. Para esto, acudimos al libro de Jhony Orejuela, Hiader López y Olga Blandón (2021), quienes compilaron unos textos acerca de la historia de la psicología en la ciudad de Medellín, y que aquí privilegiamos por ser éste el entorno donde se construyeron las prácticas discursivas de las/os participantes en este estudio.

En uno de sus capítulos, Hiader López y Eliana Urrego (2021), describen la génesis de la psicología en Medellín en 1972 cuando inicia este pregrado en la Universidad de San Buenaventura, cuyo énfasis formativo era la psicología experimental. Pero luego en 1975, la Universidad de Antioquia inaugura otro programa de psicología de corte psicoanalítico. La primera, una universidad privada para estratos medio y alto, y la otra una universidad pública inspirada en la filosofía, la literatura y el hippismo; ambas con ofertas formativas divergentes que provocaron el inicio de “una polarización ontológica, epistemológica y metodológica a la hora de formar psicólogos en Medellín, que direcciona rutas de formación, contextos teóricos, escenarios y dinámicas relacionales del gremio, propias de este sector del país” (p. 30).

Santiago Herrera (2021), complementa este recuento desentrañando algunas características sociales de la época de 1970 en Medellín que demarcaron el surgimiento de la psicología como profesión. Plantea por ejemplo que durante esa década la ciudad y la universidad estaban en una progresiva modernización, y que las fundaciones de la empresa Ford y Kellogg, representantes de la política estadounidense de la Guerra Fría, influenciaron en la forma de enseñar en ciencias sociales. Quienes allí estaban fueron después los defensores de la apertura de la carrera de psicología. Por otra parte, según las fuentes consultadas por el autor, desde 1969, la Alcaldía de Medellín y la División de Bienestar Social, demandaban profesionales

para acompañar población infantil con conductas disruptivas y violentas y a familias que integraban los programas de protección social.

Además de este panorama social en la ciudad, Herrera (2021) explica que las dos universidades promotoras de la formación en psicología vivieron desafíos similares en relación con el cumplimiento a las exigencias para obtener la licencia de funcionamiento por parte del Ministerio de Educación y el lugar que allí tendría la participación estudiantil en la solución a dichas dificultades. En la facultad privada, por recomendación del Ministerio de ese entonces, debieron aumentar bibliografía en psicología experimental y crear un laboratorio de psicometría, mientras que la universidad pública fue criticada porque no tenía claridad en su objeto de formación, refiriéndose a su afinidad con el psicoanálisis. La generación de estudiantes de esa época se caracterizaba porque tenía formación previa en educación o teología, y esto les permitió participar activamente en las discusiones para consolidar los currículos y definir el sello diferenciador de ambos programas.

Por tanto, podríamos decir que, similar a lo que describe Lima para Salvador de Bahía en Brasil, la cultura psicoanalítica, en el marco amplio de la cultura psicológica, fue también predominante en los inicios de la psicología profesional ofrecida por las universidades que propiciaron en gran medida luchas epistemológicas y metodológicas. Esto último lo asevera una de las primeras estudiantes de esa generación en Medellín: “Parecía que cobraba mayor vigencia la afiliación científica o epistemológica a una corriente que los aportes de esta a las problemáticas que como estudiantes les interesaban” (Herrera, 2021, p. 55). Incluso porque también López y Urrego (2021) así lo señalan: “el psicoanálisis freudiano llegó a ser una necesidad cultural en el medio, no como una práctica de vocación terapéutica, sino como una de

las cosas que “todo buen académico debe saber”; era más una fuerza, un movimiento cultural” (p. 29).

Paralelo a esta cultura psicoanalítica en la década de 1970, llegaron a la ciudad de Medellín académicos de nacionalidad argentina formados en la psicología experimental pavloviana y en la terapia de la conducta preocupadas/os por procesos de aprendizaje; López y Urrego (2021) comentan que “la psicología en Medellín surgió en el interior de la educación, como una necesidad sentida desde el punto de vista del aprendizaje” (p. 27). Después se da entre 1980 y 1990, el auge del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales como opción para favorecer las relaciones entre psicólogos/os de diversas orientaciones teóricas y con psiquiatras y neurólogos, afines al discurso de la psicología cognitiva que venía consolidándose en oposición al conductismo. Así, colisionan varias “culturas” discursivas en la formación con fuerte impacto en la actuación de psicólogos/os en Medellín, siendo que a ambas, cognitivismo y psicoanálisis, las caracteriza una afiliación a la ideología individualista, una por su énfasis en lo que está “dentro de la cabeza” y la otra, pese a rechazar la noción de individuo, por la apología a una responsabilidad exclusivamente subjetiva.

Ahora bien, es preciso situar la noción de individualismo contenida en esa cultura psicológica/psicoanalítica. De acuerdo con Lima (2005), en su lectura de Figueira (1985), el individuo es aquel que es dueño de sí, autónomo y único siguiendo los ideales de la libertad y la igualdad. Y estos principios son propios al modelo liberal de los siglos XVIII y XIX, en el que el individuo es el:

de la división del trabajo en las sociedades con Estado; del capitalismo burocrático y racionalizado en torno de la productividad industrial y comercial; de la revolución política burguesa con los principios de los derechos del hombre, en fin, es el sujeto regido

por dispositivos disciplinares que, del este al oeste o del norte al sur, mostraron su eficacia en el adiestramiento del alma y del cuerpo (Costa, 1989, p. 27, citado en Lima, 2005, p. 46-47. Traducción nuestra).

Identificamos así que el contexto de producción del “proceso individual” se enmarca en una cultura psicológica adherida al modelo liberal característico de la modernidad. Asimismo, Lima (2005) señala que, dentro de esa cultura psicológica en el contexto brasileño, son relevantes los términos persona, sujeto y mero individuo, modos de subjetivación a los cuales contribuyen los modelos psicoterapéuticos. Persona es una modalidad premoderna afín a una heteronomía que configura identidades posicionales diversas reguladas por tradiciones culturales. El sujeto es un individuo autónomo que da lugar a identidades idiosincráticas, mientras que los meros individuos tienen una independencia precaria, pues son susceptibles al control autoritario. Con estos referentes, Lima (2005) explica que la atención psicológica puede servir como espacio de transición entre el modo de subjetivación de mero-individuo al de persona (proceso de personalización) o al de sujeto moderno (a-sujetamento). Sin embargo, estos pasajes no se logran exclusivamente por efecto de las prácticas psicológicas, es decir, no son las únicas que posibilitan tales transiciones. Con estas claridades conceptuales, Lima (2005) problematiza la pertinencia de actuaciones psicológicas dirigidas a poblaciones, generalmente las clases populares que son más distantes del modelo de subjetivación del sujeto moderno del discurso psicológico. Y con esto mostraremos a continuación un ejemplo de los efectos que puede tener el ideal individualista en la actuación psicológica.

Lima (2005) identifica que las/os psicólogas/os que ella entrevista en su pesquisa prefieren al sujeto moderno para determinadas prácticas, pues dicho sujeto contaría con una

competencia psicológica, es decir, que tendría la capacidad de describir sus “estados internos”, y es a este tipo de sujeto al que se le podría ofrecer la psicoterapia. Ahora bien, esa competencia psicológica está atravesada por un marcador social, puesto que la tendrían principalmente aquellos de clase media o alta, lo cual impediría la escucha profesional de grupos sociales menos favorecidos. Entonces, la preferencia por el individuo de la modernidad propiciaría la discriminación de un grupo social que no responde a la exigencia de un estatus de individuo ideal y esperado por quien se autoriza terapeuta.

Se suma a esta preferencia por el sujeto-individuo moderno la concepción de la psicoterapia preocupada por problemas o trastornos, cuya tipología también es previamente seleccionada, es decir, no se trata en la psicoterapia psicológica de cualquier malestar psíquico. Mônica Lima (2005) percibe que entre sus participantes esta distinción otorga un estatus de jerarquía a la psicoterapia en detrimento de otras prácticas que ella clasifica como parapsicoterapias. De esta manera, la psicoterapia sería la actuación “propia” psicológica porque aborda fenómenos internos o intrapsicológicos expresados por quienes tienen competencia psicológica, y las demás actividades, aun cuando sean llevadas a cabo por profesionales de psicología, pierden su identidad profesional porque se centran en aspectos socioculturales, más frecuentes en las demandas de los grupos sociales de clase baja.

Lima (2005) aclara que la parapsicoterapia se ajusta a un tipo y nivel de gravedad de enfermedad mental siendo más adecuada para tratar “las esquizofrenias, las depresiones y ansiedades más acentuadas” (p. 220), y caracterizándose porque son secundarias o sirven de apoyo a los tratamientos médicos. Sin embargo, lo más importante es que son parapsicoterapias porque dicho tipo de usuario con psicopatología grave, y que generalmente es de condición económica más baja, no cuenta con la competencia psicológica esperada, es decir, que no logran

lo siguiente: “pasan de la queja a la demanda, tienen determinado nivel de cuestionamiento, tienen insight, traen contenidos para ser trabajados, buscan el potencial dentro de sí, se cuestionan, se autoevalúan, comprenden mejor las cosas, buscan el autoconocimiento, presentan capacidad de elaboraciones” (2005, p. 279. Traducción nuestra).

También Mary Jane Spink (2003) discute sobre esa pérdida de identidad profesional cuando se trabaja con comunidades, escenario que pone en aprietos a quienes privilegian el uso de la psicoterapia o “proceso individual”. La autora revisa dos investigaciones, una realizada en Brasil y otra en Italia, y en ambas identifica coincidencias respecto a cuatro tipos de identidades socioprofesionales de psicólogas/os clasificados como: confusa, despreciada, reformulada y mantenida.

La identidad confusa describe el trabajo en comunidad al que son trasladados los instrumentos tradicionales del modelo hegemónico de la clínica. La identidad despreciada se caracteriza por aquel tipo de actuación psicológica que, en su intento de ser diferente, se preocupa más por las estructuras sociales y menos por la óptica individualista. Por su parte, la identidad reformulada, representa al profesional que se mantiene fiel a la postura intrapsicológica para el trabajo con comunidad pero que sugiere algunas modificaciones prácticas. Finalmente, la identidad mantenida, es en la que se ubica quien opta por acompañar la comunidad sin ningún cuestionamiento a la lógica individualista y reproduciendo los mismos métodos clínicos clásicos.

Spink (2003) agrega que esas identidades tienen su raíz en la formación universitaria, a la que se le demanda ampliar la versión tradicional de la práctica psicológica, es decir, la psicoterapia; sin embargo, son identidades exigidas en los ámbitos laborales por usuarios u otros profesionales que parten de unas determinadas representaciones sociales más cercanas a una connotación psicopatológica y clasista de la psicología. Representaciones que se resumen en:

La desconfianza ante el saber psicológico (un saber menor, elitista, un charlatanismo mal disfrazado); la desconfianza hacia el hacer psicológico (el temor de la invasión de la privacidad, el miedo a la locura); y la desconfianza ante la propia figura del psicólogo (un loco, un chiflado) (Spink, 2003, p. 130. Traducción nuestra).

Con lo anterior, podemos aseverar que el discurso de lo individual, radicalizado en su tajante separación de lo social, puede tener efectos negativos en las prácticas psicológicas, especialmente en el acompañamiento a poblaciones de estratos sociales de escasos recursos económicos y con menos tiempo de educación formal. Pero vemos principalmente en el discurso de lo individual un constructo que promueve no sólo el equívoco de que lo individual es el sello diferenciador de la psicología respecto a otras disciplinas o saberes, sino también la idealización de un tipo de individuo adecuado para determinado tipo de actuación psicológica. A este equívoco se suma el otro que define a la psicoterapia como la encargada de una tipología de problemas, pese a que a ella parecen acceder quienes ya cuentan con unas competencias, y que, con dichos recursos -léase salud mental-, promotores del vínculo con el terapeuta, favorecen la reducción del sufrimiento. Notamos aquí la confluencia con las informaciones producidas con nuestras/os participantes, además de lo que advertimos respecto a la concepción todavía restringida de la práctica clínica y la psicoterapia en relación con la noción de salud mental en su versión negativa de enfermedad.

Volvamos de nuevo al trabajo de Lima (2005) para mostrar un ejemplo de actuación psicológica alternativa a ese discurso individualista nacido con el modelo liberal del siglo XVIII que ha caracterizado el desarrollo de la psicología hasta nuestros días en el siglo XXI. Ella propone la *escucha psicológica socioculturalmente orientada*. Se trata de una escucha sensible a

cualquier grupo social que exige del profesional una postura autorreflexiva respecto a su fundamentación teórica, crítica de su postura ideológica y respetuosa de otras prácticas, en la que además se reconocen los aspectos socioeconómicos y culturales productores de sufrimiento.

La escucha socioculturalmente orientada se vincula a su vez con la Actuación Psicológica Colectiva (APC) que consiste en

el proceso contextual de identificación de demandas, de planeación, y de ejecución de necesidades de atención psicológica socioeconómica y culturalmente orientada, susceptible de ser desarrollada por el psicólogo en el área de la salud colectiva, individualmente o en conjunto con otros profesionales, no restringidas al sector salud (Lima, 2005, p. 256. Traducción nuestra).

Podrán conjeturar que calificar de “colectiva” una actuación psicológica nos puede llevar al otro extremo de la dicotomía que una expresión como esa puede promover, es decir, orientada con exclusividad hacia los niveles sociales, económicos y culturales; pero no es así, porque Lima advierte que dicha actuación psicológica debe pautarse en la superación de cualquier reduccionismo del concepto de salud; es decir que, si bien nos oponemos a la égida individualista, no estamos defendiendo que la solución sea volcarnos al énfasis en lo sociocultural. En vez de esto lo que nos proponemos es ampliar el espectro dialógico de salud mental fundamentado en una epistemología, ontología y ética distintas a las que soportan el discurso individualista protagonista en la historia de la psicología en Brasil y Colombia, y que ahondaremos en la siguiente Parte de este Capítulo 6 de Discusiones/diálogos.

Parte II. Fundamentos de una ampliación del espectro dialógico en salud mental

Si nos detenemos un momento, nos percatamos que el debate propuesto no se centró sólo en las críticas al lenguaje del déficit o al discurso individualista, sino también en sus pares antagónicos, mostrando de ambos sus usos y los actos que pueden provocar. También valoramos las iniciativas para ver de modo distinto esas dicotomías, por ejemplo, asumir que salud y enfermedad no se excluyen, o que lo individual y lo social no se reducen a lo interno o externo de una persona. Y todo esto lo podríamos catalogar como un espectro dialógico ampliado en su sentido de la diversidad de posturas respecto a la salud mental. Sin embargo, ¿cuáles son los fundamentos que posibilitan esa dialogía? y ¿por qué es necesaria la ampliación dialógica para el caso del discurso de la salud mental en psicología? Estas preguntas las respondemos en las dos secciones que orientan el desarrollo de esta Parte II de nuestras discusiones/diálogos.

a. Los fundamentos de la dialogía bajtiniana

Para responder a la pregunta por los fundamentos de una ampliación dialógica del discurso de la salud mental, nos vamos a remitir directamente a la obra del Círculo de Bajtin, grupo conformado por varias personas, entre quienes se destacan principalmente Mijail Bajtin, Vladimir Volóshinov y Pável Medviédev. Debido a la represión del Estado ruso durante los años 20 del siglo pasado, hay incertezas respecto a la autoría original de los textos, pero, como lo defienden Iúri Medviédev y Dária Medviédev (2014), el Círculo es un fenómeno afín con el dialogismo en su sentido de polifonía, sin que se pueda determinar con exactitud una voz exclusiva a un único autor; por eso nos vamos a referir aquí al Círculo y a Bajtin de manera un tanto indiscriminada o, como diría una de sus principales traductoras al castellano, la profesora

Tatiana Bubnova (2020), usamos el nombre de Bajtin como sinécdoque detrás de la que están los demás nombres que conformaron el Círculo.

Este Círculo realiza sus principales contribuciones al campo de los estudios literarios y de la lingüística, disciplina que en esa época de principios del siglo XX era protagonista de las confrontaciones paradigmáticas entre las ciencias naturales y las ciencias humanas. En su ensayo “Hacia una metodología de las ciencias humanas”, Bajtin (1974/1985) sostiene que el discurso y el hombre hablante (o escritor) constituyen el objeto de las ciencias humanas, susceptible de ser estudiado mediante el método comprensivo, cuyo carácter es dialógico porque “toda comprensión representa la confrontación de un texto con otros textos” (p. 383). A esto Tzvetan Todorov, otro de sus traductores, agrega que “la comprensión busca un contra discurso para el discurso del locutor” (2017, p. 49). Por eso, Bajtin acuña la expresión *translingüística*, disciplina preocupada por el discurso, mientras que la lengua sería más propia de la lingüística.

De lo anterior se desprende el posicionamiento crítico de este Círculo de intelectuales ante el idealismo subjetivista y el objetivismo abstracto. El primero concibe el acto de habla como producto individual y el “psiquismo individual como lugar de origen de la lengua”; mientras que el objetivismo abstracto “colocaba como sustancia de la lengua un sistema de formas normalizadas” (Dóris Da Cunha, 1997, p. 303, traducción nuestra). La base de las críticas a esos modelos es de corte marxista, calificativo adjudicado principalmente a Volóshinov, miembro del Círculo y nombre bajo el que se supone Bajtin publicaba para no ser prohibido.

Jardel Machado y Andrea Zanella (2019) afirman que:

Así, Volóshinov (2017) teje sus críticas al modo de comprensión vigente de la formación de la conciencia: según el idealismo, ella “se torna todo, es colocada en algún lugar encima de la existencia, pasando a definirla” (p. 96); según el

positivismo, ella “se torna nada: ella es una suma de reacciones psicofisiológicas ocasionales” (p. 96). Pasan, pues, los autores del Círculo, a sustentar la comprensión de que “la propia consciencia se puede realizar y tornarse un hecho efectivo encarnado en un material sígnico” (p. 9, traducción nuestra).

Ese material sígnico es propiamente el signo ideológico, o sea, valorativo y producto de consensos provisionales, por eso el lenguaje en la concepción bajtiniana “refleja y refracta los modos como cada grupo humano recubre el mundo con diferentes valores ideológicos” (Machado y Zanella, 2019, p. 10); y se entiende que dichos valores ideológicos son las voces sociales en constante lucha de poderes de clase, pese a que luego Bajtin reducirá el peso del marxismo en su pensamiento.

Ahora bien, con este marco de referencia nos enfocamos en su ontología, considerada por nosotras como el principal fundamento filosófico para una ampliación del espectro dialógico en salud mental, y también aplicable a cualquier otro discurso. Bajtin (1997) explica que el ser humano se constituye a partir de los enunciados que siempre están dirigidos a *otros*, y que, al mismo tiempo, así ese sujeto esté solo en un aparente monólogo, están allí presentes las voces en un ir y venir de la enunciación que provoca el diálogo permanente con una o varias personas, de presencia física o imaginada. Cabe aclarar que el uso de la palabra sujeto en la ontología bajtiniana alude al hablante o escritor que siempre está en constante vínculo con potenciales oyentes/lectores, y por eso no se trata de individualidad en su sentido de individuo aislado, sino de las relaciones interpersonales dialógicas.

Su triple óptica del mundo vivenciado en la cotidianidad *yo-para-mí, yo-para-otro, otro-para-mí*, indica que la alteridad es la condición de posibilidad para la constitución del sujeto en

la intersubjetividad. Dice Bajtin “No soy yo quien mira desde el interior de mi mirada al mundo, sino que yo me veo a mí mismo con los ojos del mundo, con los ojos ajenos; estoy poseído por el otro” (2000, p. 156, citado en Eva Da Porta, 2013, p. 48).

En Bajtin los procesos de subjetivación son procesos de significación teniendo en cuenta las condiciones materiales y sociales de las relaciones intersubjetivas; esto último lo explica a propósito de las voces en el diálogo dejando de lado el énfasis mentalista, pues lo discursivo no está dentro de la mente, es inteligible en la comunicación dialógica. Esta comunicación es posible y material porque las personas, cuando tienen ciertos enunciados, son enunciados cargados de palabras ajenas distintas a la palabra neutra que es la del diccionario y a *mi palabra* que sería el uso de palabras ajenas. Ahora, las palabras ajenas que conforman los enunciados tienen una expresividad propia relacionada con el contexto social e histórico en el que circulan. De acuerdo con esto, la teoría dialógica nos permite pensar que ciertos fenómenos sociales de los cuales tenemos un conjunto de enunciados para dar cuenta de ellos podrían modificarse a partir de más palabras ajenas distintas a esas otras palabras ajenas tradicionales que han configurado los enunciados diversos, pero a veces excluyentes y predominantes para referirse a los fenómenos, por ejemplo, a la salud mental.

Otro aspecto para tener en cuenta es la relación entre la palabra y el cuerpo, tema sobre el cual Vicente Sisto (2015) afirma, citando a Bajtin, que:

el hombre responde al otro de un modo corporizado. La entonación del habla, la postura, el ritmo del habla, y en general todo medio expresivo, son señalados por Bajtin como parte de la respuesta con que cada sujeto se posiciona en la vida social y en la vida del lenguaje. En todo aquello en que el hombre se está expresando hacia el exterior (y por consiguiente para otro) —desde el cuerpo a la palabra— tiene

lugar una intensa interacción del yo y del otro (...) esta lucha se realiza en todo aquello mediante lo cual el hombre se expresa (se revela) hacia el exterior (para otros), y abarca desde el cuerpo hasta la palabra (Bajtin, 1979/1982, p. 336, citado en Sisto, 2015, p. 12).

En Dora Hernández y en Juan Diego Lopera, así como en Naomar Almeida-Filho, el cuerpo aparece bajo algún matiz particular: cuerpo territorio, cuerpo-cultura encarnada, cuerpo-organismo. En Bajtin el cuerpo es medio de respuesta, de expresión enunciativa hacia otro en la esfera comunicativa, esfera social en la que se encuentran las fuerzas centrípetas que promueven una estructura centralizada del mundo social (podemos decir, una única y verdadera voz), y las fuerzas centrífugas que pujan por una pluralidad lingüística (múltiples voces, heteroglosia o plurilingüismo). Así, afirma Sisto (2015), se observa a “la vida social, más que como estructuras, como fuerzas” (p. 14).

Entonces, en Bajtin/Volóshinov (1930/2017) “el discurso es un producto de la vida social y por tanto no es algo que ya esté dado, que esté fijo, se trata de un devenir progresivo de la vida social” (p. 298); vida social en la que tienen lugar las relaciones interpersonales también en constante devenir. Su carácter dinámico lo explica Bajtin con el concepto de género discursivo, en el que de modo simultáneo se presentan tanto la voz hegemónica (fuerza centrípeta) cuanto las voces alternativas (fuerzas centrífugas).

Sisto (2015) nos ofrece un ejemplo de esto:

El taller de formación de emprendedores dirigido a microempresarios de un barrio popular contiene las voces altisonantes de las políticas públicas, con sus mandatos y teleologías para los sujetos. Estas coinciden con otras voces altisonantes que se

reproducen en los medios de comunicación, a través de iconos e historias, no solo en publicidad, sino que en telenovelas y noticiarios, imágenes que interpelan al sujeto con modelos de éxito individual, competencia, y responsabilización por la propia trayectoria. En efecto, las fuerzas centrípetas, unificadoras, actúan en el presente promoviendo modelos de sí, formas de constitución de lo social que dibujan el orden social de una época y una cultura. Sin embargo, esto se despliega situadamente. El emprendimiento como género discursivo vive en su actuación. Así, en el taller de emprendimiento las narrativas de este género se encuentran con las historias situadas de los partícipes, incluso del relator o docente del taller, y se despliegan materialmente en un entorno concreto (la sede del club social, por ejemplo). Y ahí resuenan otras voces, entonaciones que hablan de historias locales de pequeñas solidaridades cotidianas, de formas de organizamiento cooperativo; voces que murmullan, susurran, pero que aun así participan de la realización a nivel local de la gran voz, en este caso del género discursivo del emprendimiento. He ahí que el espacio social aparece mucho más heterorregulado, aun a pesar de la fuerza enunciativa con la que se instala la voz predominante (p.17).

Concebir dialogismo como escenario de confrontación de fuerzas le atribuye cualidad dinámica y en constante movimiento; esto en otras palabras implica reconocer, con el Círculo de Bajtin, la infinitud de sentidos y la transformación de enunciados, así algunos de ellos permanezcan relativamente estables en el gran tiempo. Si enlazamos esto a la reflexión sobre salud mental en psicología, esto significa que aun cuando se percibe una voz predominante (de la enfermedad e individualizante), también hay otras posturas que propician nuevos repertorios,

tales como los de salud psíquica de Lopera -aunque también representacionista pero alejada de la enfermedad- o de salud mental colectiva de Hernández, más tendiente a ser coherente con las necesidades del contexto colombiano.

De modo puntual proponemos la transversalidad de la salud mental en psicología siempre que la entendamos como un concepto polifónico que propicia relaciones dialógicas. Y ese carácter dialógico a su vez permite las interrelaciones con otras prácticas discursivas en otros ámbitos del saber. Acerca de las relaciones dialógicas Bajtin, en su ensayo filosófico “El problema del texto en la lingüística” (1959-1961/1985) dirá que no pueden ser reducidas a relaciones lógicas, o a las del sistema de la lengua, ni a las psicológicas ni a las mecánicas, ni a cualquier otro tipo de relación natural, se trata de relaciones entre sentidos cuyos participantes pueden ser únicamente enunciados completos y detrás de sus enunciados están los sujetos discursivos, reales o potenciales, que son los autores de dichos enunciados.

Asimismo, esa simultaneidad de fuerzas en movimiento se amplía con el concepto de acto ético o responsable (Bajtin, 1997). El acto es el momento concreto de interacción, el diálogo como actividad o acontecimiento del ser que se da en “los anchos espacios de las plazas públicas, de las calles, de las ciudades y aldeas, de los grupos sociales, de las generaciones y las épocas” (Bajtin, 1975/1989, p. 77, citado en Sisto, 2015, p. 18). El diálogo como acto es singular, no en su acepción interna o intrapsicológica, sino porque es irrepetible, por eso el devenir del ser se da sólo en la actividad, en su acontecer que implica proceso.

Sisto (2015) también nos aclara que este concepto de actividad es rescatado de la dialéctica marxista para insistir en que es gracias a la actividad, al acto y al acontecimiento, que tienen lugar la vida social y el lenguaje “como singularidades, en un mundo presentado como nunca cerrado, siempre abierto en la celebración de la diferencia como propiedad constitutiva, en

donde el discurso se realiza en su actuación” (Sisto, 2015, p. 23). Indica también este autor que no se puede confundir el dialogismo bajtiniano con la dialéctica marxista o la hegeliana, pues

las críticas bajtinianas al marxismo, como ha notado Gardiner (2000), son críticas dirigidas especialmente a una dialéctica hegeliana abstracta y al marxismo estalinista que en la creencia de que el Estado sería un buen administrador del bien común, era a la vez el acallamiento de las voces de la diversidad (Sisto, 2015, p. 22).

Será en la dimensión interpersonal que se da el acto ético, es decir, el acto que transforma, pues la acción humana siempre es responsable y participativa en relación con el otro, ante lo cual no hay escapatoria, el ser debe responder de algún modo. El adjetivo *participativo* significa en esta filosofía que no existe división entre una esfera teórica y una práctica, pues Bajtin rechaza la tendencia al teoretismo abstracto, que separa el acto y su producto. En cuanto a la *responsabilidad*, se concibe más en su sentido de *responsividad*, palabra producto de traducciones del ruso a lenguas extranjeras, que connota la capacidad de respuesta o *estar preñado de respuesta*, según Tatiana Bubnova (1991, 2020).

El acto ético y dialógico no se corresponde con la ética como disciplina filosófica, Bajtin se refiere al acto ético en su sentido de *actuar para otro*, por eso la otredad es constitutiva de la subjetividad, en la que la relación con el otro es constructiva, diferente a la concepción sartreana que enfatiza el conflicto (Bubnova, 1997); en el centro del acto ético está la responsabilidad/responsividad interpersonal porque se da *entre* los sujetos, no es una categoría individual. Esta misma autora agrega en palabras de Bajtin lo siguiente: “Realizados desde el interior del conocimiento teórico, todos los intentos por superar el dualismo entre la cognición y la vida, entre el pensamiento y la realidad concreta y singular, están destinados a un fracaso

absoluto” (p. 262). Por tanto, sólo es posible superar ese dualismo cuando no se separa teoría y vida práctica.

Asimismo, Bajtin se pregunta respecto al discurso cotidiano familiar y el lenguaje de la ciencia:

¿pueden todos ellos trabar relaciones de este tipo, esto es, pueden conversar entre sí? su conversación puede ser registrada únicamente mediante un enfoque translingüístico, sólo cuando se los vea como visiones del mundo o como un cierto sentimiento del mundo realizado a través de la lengua o más bien a través del discurso, puntos de vista, voces sociales etcétera” (Bajtin, 1959-1961/1985, p 311).

Este es un punto crucial para defender la tesis de la salud mental como eje transversal a la psicología, pues no hay cómo separar teóricamente la salud mental de la vida en la cotidianidad, por eso es transversal, porque nos compete a todos cuando la entendemos como parte de la vida, como producto de voces sociales; de modo semejante la concibe George Canguilhem cuando afirma que la salud es “también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (1988, p. 156). Algo similar sostiene el psicólogo jesuita Ignacio Martín Baró (1984) de la salud mental como “carácter básico de las relaciones humanas que define las posibilidades de humanización que se abren para los miembros de cada sociedad y grupo” (p. 2). Y Edmundo Granda (2004) sugiere por su parte que “la verdad científica no es necesariamente buena, sino que lo adecuado tiene siempre que ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo, establecemos qué es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico” (p. 12).

Además, nos está llevando a considerar que en psicología es necesario repensar las divisiones que hacemos de teoría y práctica, lo mismo que de los subcampos o especialidades que han fragmentado el área, siendo esta fragmentación bajo la retórica de la hiperspecialización una manera de rechazar la responsabilidad o responsividad del acto bajtiniano (Bubnova, 1997), pues si no me siento responsable, entonces no me corresponde actuar. En contra de esto último, queremos manifestar que es posible transformar esa fragmentación en un diálogo en constante devenir sugerido por la perspectiva epistemológica bajtiniana.

De acuerdo con Bubnova (1997), Bajtin diferencia tres tipos de relaciones que permiten la producción de conocimiento de un fenómeno: las relaciones entre objetos, las relaciones entre sujeto-objeto y las relaciones intersubjetivas. Esta última es en la que se sustenta nuestra tesis, pues estamos considerando que lo transversal de la salud mental en psicología alude al encuentro de voces múltiples sobre salud mental en la ineludible fusión de teoría y práctica acerca de este fenómeno que pone a prueba el acto ético de las/os profesionales de psicología, posibilitando así no sólo la ampliación del espectro dialógico en salud mental, sino también la diversidad de prácticas.

Una postura dialógica frente a este asunto nos permite ver los detalles diversos, las voces, los desacuerdos y elementos compartidos, por tanto, se supera el énfasis en lo individual, en el monólogo inexistente, porque la dialogía de Bajtin demuestra que siempre hay dos o más allí, que siempre hay otro imaginario o real, y por tanto, es una ilusión la idea de un énfasis en lo individual. Así, lo que estamos defendiendo de la salud mental es la necesidad de una visión dialógica que considera lo individual/social como un conjunto de voces en permanente dialogía, y por tanto, sin ser contrario a las versiones de la salud mental que aluden a lo comunitario, lo político, cultural y social.

No obstante, cada una de esas voces tienen sus particularidades y efectos en la vida cultural que se concretan en ejemplos de la vida cotidiana, pero que no las hace excluyentes, las hace dialógicas. La apuesta por la multiplicidad de visiones de mundo se sustenta en la ineludible condición dialógica de los seres humanos. Y ¿cómo llevar esto al contexto de la formación y prácticas en psicología en su relación con la salud mental? Primero si se retoma una concepción de persona dialógica, siempre en interacción con voces presentificadas, así ellas sean del pasado o de un futuro imaginado; segundo, si se incentiva el respeto por las características de cada forma de concebir la realidad, incluyéndolas como una entre todas las voces que constituyen el conjunto de posicionamientos respecto a la salud humana; tercero, si se amplían las posibilidades de prácticas desde las más variadas perspectivas conceptuales y técnicas, no en términos de eclecticismo o integración, sino de dialogía, lo que llevaría a la aceptación de otras posturas que se suman a la ya asumida como verdadera y única.

En últimas, no se trata de promover el cambio de una práctica discursiva por otra distinta, sino de hacer visible la diversidad y los múltiples matices que en la comunicación dialógica están presentes cotidianamente, tal como sobre salud mental lo hicieron nuestras/os participantes durante los talleres. De allí también que se entienda por qué en el encuentro de retroalimentación, algunas/os hayan expresado que después del taller modificaron sus formas de referirse a la salud mental, sea por lecturas de bibliografía o por experiencias cotidianas de vida. Esa es justamente la dinamicidad de las prácticas discursivas, hacerlas más visibles en los procesos formativos y aplicados en psicología es la tarea que nos queda y cuyas consecuencias las veremos en una ampliación en la próxima sección.

En conclusión, las prácticas discursivas de salud mental nos desafían en el terreno discursivo porque tienen consecuencias en la vida de personas, por eso la necesidad, tal como lo

dijo una de nuestras profes, de una epistemología diferente. La epistemología y ontología dialógicas pueden ser una alternativa para concebir la salud mental en toda su multiplicidad discursiva, mas cuyos efectos deben ser siempre analizados; veamos a continuación por qué esto sería importante para las/os futuras/os graduadas/os de esta profesión.

b. ¿Para qué una ampliación del espectro dialógico de salud mental en psicología?

A medida que avanzábamos en la construcción de este trabajo de doctorado, advertíamos un giro en la formación en psicología en Colombia que fue tornando más pertinente la pregunta por la salud mental y sus prácticas discursivas. Tal como lo mencionamos en el Capítulo 2 de problematización, las universidades con pregrados de psicología son obligadas por el Ministerio de Educación para brindar a sus estudiantes las condiciones de un modelo de práctica clínica según los lineamientos de la supervisión docencia-servicio, a semejanza del modelo médico.

Señalamos que hay una tendencia a reducir discursivamente la salud mental a su condición de psicopatología, promoviendo la idea de que ella es una responsabilidad exclusiva a la psicología clínica y por extensión a la psicoterapia. A esto se suma el agravante de una segunda reducción: que la clínica sólo tiene lugar en el contexto de los servicios de salud bajo la modalidad de la atención individual y centrada en la enfermedad.

Si el interés es mejorar la calidad de la formación, ¿por qué esta propuesta? ¿debe ser la formación en pregrado la que debe asumir esa responsabilidad? ¿se convertirá esto en una forma de reproducir y mantener incólume el discurso individualista y el de la enfermedad para la supervivencia de una práctica hegemónica? ¿A qué intereses económicos y políticos responde? ¿Cómo se justifica esta medida considerando el panorama laboral que caracteriza el ejercicio de la psicología en Colombia?

Prevedemos que así como plantea K. Gergen que una ampliación del espectro dialógico puede provocar nuevas prácticas, también puede darse en sentido contrario, es decir, que mantener la hegemonía y exclusividad de una única práctica puede obstruir la ampliación discursiva, llevándonos de nuevo al imperio de una voz que imposibilite la dialogía. En el caso de la salud mental en psicología, nos preguntamos si esa directriz del Ministerio de Educación, que las universidades vienen aceptando acríticamente apurándose a crear sus propios consultorios psicológicos previa habilitación de las secretarías municipales de salud, nos preguntamos si eso está contemplando el mercado laboral para esta profesión y en general las características de nuestro contexto histórico-social.

Para poder ahondar en esto que se constituye en otro efecto de los usos de salud mental, describimos a continuación las informaciones de algunas investigaciones sobre inserción laboral de psicólogas/os. Vemos en este asunto un eje central para cuestionar esa decisión de una práctica clínica obligatoria basada en una práctica discursiva de salud mental tradicional, y al mismo tiempo para justificar la necesidad de una ampliación del espectro dialógico de los discursos de salud mental con consecuencias directas en la formación y las prácticas psicológicas. De Colombia, retomaremos el trabajo más reciente al que tuvimos acceso en este país. Se trata del estudio de tipo descriptivo-estadístico de Johnny Orejuela *et al.* (2013), en el que contrastaron los datos de un grupo de graduados de una universidad privada en Cali, con las informaciones del último estudio nacional publicado en 2012 por Diego Castrillón *et al.*, que contó con el aval del Colegio Colombiano de Psicólogos.

Con el ánimo de analizar esta temática a nivel latinoamericano, escogimos estudios recientes de Chile, Costa Rica y Brasil para leer el problema desde múltiples perspectivas. Citamos el estudio sobre graduadas/os de tres universidades chilenas realizado por Óscar

Espinoza-Díaz *et al.* (2019), el cual escogimos porque aporta informaciones de corte cualitativo. También agregamos un estudio estadístico de esta temática en el contexto de Costa Rica, como representante del centro de América Latina, llevada a cabo por Maureen Baltodano-Chacón *et al.* (2021). Y finalmente revisamos los resultados de la situación laboral de psicólogas/os en Brasil, descritos por el Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) (2016). En la siguiente tabla sintetizamos algunos aspectos de estos estudios y que pasaremos a comentar:

Tabla 16. *Caracterización de algunos estudios latinoamericanos sobre inserción/situación laboral de psicólogas/os*

País	Autoras/es	Título	Temporalidad de la producción de informaciones	Cantidad de participantes	Tipo de informaciones/análisis
Colombia	Orejuela <i>et al.</i> (2013)	Inserción laboral de jóvenes profesionales: el caso de los psicólogos bonaaventurianos	2012	90 (graduados hasta el 2011)	Datos numéricos/Estadístico-descriptivo
Chile	Espinoza <i>et al.</i> (2019)	Visión de titulados de la carrera de Psicología que acceden por primera vez al mercado laboral en Chile	2016-2017	9 (graduados entre 2012-2016)	Narrativas/análisis categorial
Costa Rica	Baltodano-Chacón <i>et al.</i> (2021)	Situación laboral de las personas graduadas y egresadas de las carreras de Psicología y Enseñanza de la Psicología de la Universidad de Costa Rica	2019	265 (graduados entre 2012 y 2017)	Datos numéricos/Estadístico-descriptivo

Brasil	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - Dieese. Conselho Federal de Psicologia – CFP (2016)	Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro	2014	146.721 (estimación del total de psicólogas/os)	Datos numéricos/Estadístico-descriptivo
--------	---	---	------	---	---

Fuente: Elaboración propia (2022).

Comencemos con las aproximaciones a la inserción laboral de psicólogas/os en el contexto colombiano. Primero Orejuela *et al.* (2013) destacan elementos del estudio nacional llevado a cabo con una muestra de 4.576 personas que correspondía para el 2011, al 10% del total de graduados en la década de 2000-2010 estimado en 42.212. Cabe aclarar que no hay para el año 2022 informaciones actualizadas al respecto, por tanto, sería un tema para tener en cuenta en estudios futuros incluyendo los efectos de la pandemia, pues si la situación ya era preocupante hace 10 años, no hay razones para pensar lo contrario hoy en día.

De este estudio nacional realizado por Castrillón *et al.* (2012), destacamos lo siguiente:

- 84% son mujeres y 16% hombres.
- 70% pertenece a los estratos 3 y 4 (clase media).
- 11% se graduó de universidad pública.
- El costo promedio total del pregrado en una universidad privada es de 30 a 40 millones de pesos. Es decir, 6 o 7 salarios mínimos vigentes que equivalen a \$ 3 o 4 millones por semestre. Para la época el salario mínimo era de \$ 515.343, en 2022 es de 1 millón de pesos.
- El salario para una persona con nivel de pregrado es en promedio de 3.16 salarios mínimos, o sea, \$ 1.628.485 de ese entonces.

- 48,2% tenía empleo al momento de obtener el diploma, más frecuente entre hombres y entre quienes se titularon en el año 2000.
- 40% realizó o está cursando un posgrado.
- 10,2% se desempeña en psicología organizacional; 6,1% en clínica; 4,2% en investigación; 3,9% en salud ocupacional, 3% en jurídica, 2% en educativa y 1,5% en docencia universitaria.
- 44,5% tiene un contrato por prestación de servicios.
- 75% trabaja en sector privado.

De lo anterior, Orejuela *et al.* (2013) interpretan que

- “Las cifras de desempleo pueden aumentar en las mujeres y en las personas de estratos socioeconómicos más bajos y sin ningún nivel de posgrado” (p. 101)
- Que el Estado debe aumentar la inversión en educación para otorgar becas para formación posgraduada y que las universidades deben ampliar su oferta.
- “Las dos principales áreas con una expectativa de formación por parte de los psicólogos son la psicología organizacional y de los recursos humanos y la psicología clínica” (p. 97). Pero aclara que en la psicología organizacional es en la que más trabajan, mientras que hay un interés por formarse en clínica, sin ser ésta el área de mayor empleabilidad.
- “Hay una tendencia generalizada (y no sólo en la psicología) hacia la deslaboralización” (p. 102).
- La psicología es una de las profesiones peor remuneradas en comparación con otras carreras con los mismos 5 de años de formación como ingenierías o finanzas.

- La inversión en universidad privada no es compensada “debido a los bajos salarios que reciben y en algunos casos a las precarias condiciones contractuales bajo las cuales los psicólogos se insertan al mercado laboral” (p. 108).
- Por tanto, este tema debe “ser objeto de revisión y reajuste por parte de la política pública a fin de mejorar la calidad de vida y las condiciones de trabajo de los profesionales de la psicología y abolir los escenarios de exclusión e inequidad” (p. 108).

Pasemos ahora directamente al estudio de Orejuela *et al.* (2013) con 90 graduados de la universidad privada en la ciudad de Cali, considerada la tercera ciudad en donde hubo mayor cantidad de participantes del estudio nacional. En esta muestra que constituyó el 12% del total de 865 graduados de esa universidad hasta 2012, subrayamos que:

- La tendencia sigue siendo de presencia femenina con un 80%.
- Tienen acceso personas de clases media (42% de estratos 3 y 4) y media-alta (37% de estrato 5).
- Cerca del 5% con posgrado finalizado.
- 37% tiene un empleo, 38% no sabe o no responde y 20% tiene multiempleos.
- 50% tiene contratos inestables, 37% tiene un contrato seguro y estable, pero no tan bien remunerado.
- 58% gana entre 1 y 4 salarios mínimos y 34% gana entre 5 y 6.
- 52% trabaja en el sector privado y 30% en el público.
- 72% tardó en acceder al primer empleo entre 1 día y 6 meses, 27% demoró entre 6 y 12 meses o más.
- 63% se ha visto en situación de desempleo.

- 36% trabaja en psicología organizacional, 23% en psicología clínica, 19,8% en comunitaria y 12% en educativa. Llamando la atención que 38,2% de esa misma muestra se había formado en clínica y 28,4% en organizacional.

En la siguiente tabla sintetizamos estos dos estudios por ser hasta ahora la información más actualizada para Colombia.

Tabla 17 *Síntesis sobre situación laboral de psicólogas/os en estudio nacional y en una universidad privada en Cali.*

	Castrillón et al. (2012)	Orejuela et al. (2013)
Tamaño de la muestra	4.576	90
Porcentaje mujeres	84%	80%
Porcentaje hombres	16%	14%
Estratos 3 y 4	70%	42%
Con posgrado	40%	5%
Sector privado	75%	52%
Contrato inestable	44,50%	50%
Desempeño en organizacional	10%	36%
Desempeño en clínica	6,1%	23%

Fuente: Elaboración propia (2022).

A nivel socioeconómico, ambos estudios identifican que la psicología es una profesión feminizada, a la que acceden personas mayoritariamente de clase media, con limitaciones para continuar estudios de posgrado y que trabajan en el sector privado con contratos inestables. Si bien hay matices importantes para diferenciar, podemos aseverar que en Colombia hay una precarización del trabajo para esta área profesional. Sin embargo, denunciar esto no es suficiente, por eso vamos a controvertir algunos asuntos que nos llamaron la atención en el estudio de la universidad privada.

Un primer aspecto para debatir se basa en esta afirmación de Orejuela *et al.* (2013) respecto a su muestra: “aunque los jóvenes psicólogos logran insertarse efectivamente y en forma relativamente rápida, lo hacen en condiciones de precariedad e inequidad laboral” (p. 164). Pero resulta que se trata en su mayoría de jóvenes que no se resienten con el impacto de la precariedad en sus condiciones laborales porque son solteras/os, viven con sus familias, son de clase media, y pueden continuar sus estudios de posgrados mediante préstamos familiares o con ahorros propios.

En otras palabras, pueden darse el lujo de aceptar un primer empleo de baja remuneración porque tienen donde vivir, no tienen muchos gastos y así van adquiriendo experiencia y van ahorrando para poder acceder al posgrado, el cual debe pagarse sea en universidad pública o privada. Y es por esta razón por la que trajimos aquí este estudio, porque si la situación está difícil para jóvenes profesionales graduados de clase media, ¿cómo será para quienes son de escasos recursos?

Un segundo punto de discusión, y que sobresale en la anterior tabla comparativa de los dos estudios, es el ámbito de mayor inserción laboral. Lo que hallamos incongruente es que la formación en psicología es generalista, pero, por ejemplo, Orejuela *et al.* (2013) indican que “el campo organizacional pone menos barreras a la inserción pero lleva a los jóvenes profesionales a enfrentarse a un área para la que no fueron específicamente formados” (p. 163), pues según los datos, en su mayoría fueron formados en clínica. Entonces ¿a qué se refieren con la formación específica? ¿están aludiendo a los niveles de práctica o a las materias en profundización que cada estudiante escoge libremente según su interés particular? Si es así, y aplicando la pregunta tanto para la clínica como para la organizacional ¿participar en unos cursos de profundización o

realizar las prácticas en una u otra área es argumento suficiente para sostener que se trata de formación específica?

Entonces ¿cómo se entiende que los datos estén mostrando que, sólo para adquirir experiencia y en algunos casos para sobrevivir, la o el graduada/o acepta cualquier empleo y en cualquier ámbito así no coincida con su interés formativo? Y si es en la psicología organizacional en donde se insertan más fácilmente, sin que ello signifique en mejores condiciones salariales, ¿la universidad debe delimitar sus currículos a esa “necesidad” del mercado? ¿Es realmente una necesidad o se está naturalizando que es sólo allí en donde tenemos cabida como profesionales por una cuestión de “supervivencia” laboral?

Advertimos una tercera paradoja en estos resultados. Orejuela *et al.* (2013) asumen una postura sincrética/dialéctica para explicar la doble cara que explica los obstáculos de la inserción laboral. Indican que por un lado las características individuales y de trayectoria personal constituyen los obstáculos subjetivos, por ejemplo, cuando el estudiante aplaza su graduación o no envía hojas de vida. El otro obstáculo es de tipo estructural, pues el Estado es responsable de regular prácticas adversas de las empresas que se aprovechan de la flexibilidad en las leyes para que prevalezcan condiciones laborales precarias características del modelo neoliberal centrado en la ideología individualista. Añaden que “Esta dictadura financiera y gerencial nos ha impelido a naturalizar el actual estado de cosas como si no hubiese otra alternativa, y esto ha derivado en una creciente precarización de las condiciones de trabajo para una inmensa mayoría”, por eso es una cuestión de “voluntad política y no de viabilidad económica” (Orejuela *et al.*, 2013, p. 165).

Lo paradójico de esto en ese estudio es que si bien consideran ambos asuntos, lo individual y lo estructural, las sugerencias que les hacen a las/os graduadas/os para mejorar la inserción laboral tienen su acento en lo individual, siendo sólo una de tipo colectivo y ninguna de

carácter político dirigida directamente a quienes detentan el poder político y la toma de decisión en el país. Listamos aquí las alternativas que Orejuela *et al.* (2013) recomiendan:

- Que se formen a nivel de posgrados.
- Hacerse una experiencia laboral previa a la graduación.
- Optimizar recursos para acceder a información laboral.
- Buscarse un lugar de práctica en que sea posible ser luego empleado. “Se debe evaluar no solo cuál institución de práctica puede ser la más idónea y la de mayor prestigio, sino también cuál es aquella en la que más probablemente el egresado puede conseguir su primer empleo como profesional” (p. 168).
- Hacer su propio mercadeo.
- Y finalmente sugieren la estrategia de la colectividad mediante asociaciones profesionales.

Siendo ese equipo de investigadoras/es expertas/os en estudios relacionados con las lógicas de empleabilidad y el sistema de mercado laboral, nos sorprende que propongan esas alternativas, dejándonos con la sensación de que nos espera un futuro poco prometedor y que se hizo más contundente al finalizar el informe de investigación, pues afirman que:

tenemos que reconocer que para bien o para mal la flexibilización laboral vino para quedarse (...) El sistema, de una manera neoliberal, ha hecho que la escasez del buen trabajo se asuma como un problema personal y no colectivo (deslaboralización y desindicalización). Esto es cierto solo en parte, pues el Estado es también responsable de esta inequidad social y tiene la obligación de abolirla (p.172).

Y, de nuevo, aun poniendo el acento en la responsabilidad estatal, insisten en que la salida es “construir una trayectoria y una identidad laborales en función de la ocupación y no de la profesión y que las trayectorias lineales, continuas, ascendentes y para toda la vida son cosas del pasado” (p. 172). Después de este panorama desolador del contexto colombiano, nos resta una pregunta: ¿en qué contribuye nuestra tesis a esa situación? Antes de responder a esto, vamos a comentar las pesquisas de Chile, Costa Rica y Brasil.

Espinoza *et al.* (2019) se aproximan al ámbito chileno partiendo de la hipótesis que si el perfil de egreso se adecúa al mercado laboral, habrá más probabilidades de acceso al trabajo. Para acercarse a esto, dividen los tipos de universidades en alta, mediana y baja selectividad, y de cada una entrevistan a tres personas para preguntar acerca de sus opiniones sobre obstáculos o facilitadores de la inserción en el primer empleo. La selectividad alude a dos criterios: los puntajes obtenidos en la prueba de selección universitaria, y los años de acreditación institucional.

En este estudio, la universidad de alta selectividad coincide con que es de carácter público y a ella acceden principalmente estudiantes de estrato social más alto. Las otras dos son de naturaleza privada. Los análisis se orientaron en cuatro dimensiones:

- Cumplimiento de expectativas
- Formación universitaria
- Prestigio institucional
- Condiciones de la inserción laboral

Sin adentrarnos en cada una de ellas subrayamos, para efectos de nuestra argumentación, dos elementos fundamentales de este trabajo. Primero, que respecto a la dimensión de las condiciones de inserción, hay una sobreoferta laboral y al requisito de experiencia previa se

suma el de mayor especialización exigido por parte de empleadores, de allí que afirmen que “el mercado es “super cruel” con los recién graduados” (p. 100); además, porque un título de posgrado no garantiza mejor salario, de acuerdo con una de las narrativas. Segundo, la formación parece que no es un obstáculo, pero “es posible suponer que sería necesario refinar aún más la conexión entre las necesidades del mercado laboral y la formación profesional” (p. 105). Según esto, el mercado no recibe de la mejor manera al profesional, pero aun así la universidad debe responder a sus necesidades.

Por su parte, en reciente estudio con 265 graduadas/os entre 2012 y 2017 de la Universidad de Costa Rica, Baltodano-Chacón *et al.* (2021), distinguen tres tipos de formación relacionada con la psicología en este país: Bachillerato en Psicología, Bachillerato en Enseñanza de Psicología y Licenciatura en Psicología. En los resultados, muchas de las personas encuestadas indicaron que sí es difícil la inserción laboral y, aunque la mayoría se encuentra empleada al momento de la encuesta, manifestaron al mismo tiempo un alto nivel de insatisfacción con su empleo sin que amplíen mucho las razones de esto, veamos algunos porcentajes:

Tabla 18 *Empleabilidad y satisfacción laboral en graduadas/os de Universidad de Costa Rica según Baltodano-Chacón et al. (2021).*

	Porcentaje de personas empleadas	Porcentaje de personas satisfechas con el empleo
Bachillerato en Psicología	79.05%	40%
Licenciatura en Psicología	85.84%	64.60%
Bachillerato en Enseñanza de la Psicología	82.35%	52.94%

Fuente: Elaboración propia (2022).

En el conjunto de estas informaciones leemos que en Costa Rica el área de la psicología tiene una alta empleabilidad y estabilidad, especialmente para quienes realizan la Licenciatura. En el caso de graduadas/os del Bachillerato en Psicología el escenario cambia, porque hay subempleo y menor salario, fenómeno que se explica porque desde el 2005 se dictaminó que sólo pueden ejercer profesionalmente quienes tienen nivel de licenciatura.

Ahora, el punto en común entre el estudio de Costa Rica y el colombiano, sin ser el problema de la inserción laboral e inestabilidad, es que las/os graduadas/os de la Licenciatura plantearon nuevas áreas, pero mantuvieron el mismo interés por la organizacional y la clínica, resaltando que desde 2016 en el mercado nacional hay un predominio de la psicología organizacional y que las universidades deberían analizar, tal como lo afirman Baltodano-Chacón y su equipo (2021).

Para el caso de Brasil, el último estudio nacional solicitado por el Conselho Federal de Psicologia (CFP) al Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIESSE), destaca que en los datos hasta 2014 había un estimado de 146.721 psicólogas/os. 90% son mujeres, y el 83,5% no negras, concentrándose más de 90 mil en la región sudeste. Un dato importante es que el 83,6% tienen un empleo, el 42% trabaja por cuenta propia, ganando más dinero en relación con el 20,8% que trabaja en el sector público. En promedio, el salario de una psicóloga en Brasil equivale al 84% de la media recibida por otros tipos de personas empleadas con educación superior. No obstante, hay cifras que varían según el marcador social, por ejemplo, los hombres ganan un 36% más que las mujeres, y un psicólogo negro recibe un 68% del valor que recibe un no negro.

Por otra parte, esta pesquisa indica que la inserción se da principalmente en la administración pública y en el sector de educación y servicios sociales, sin que se desagreguen

en función de los tradicionales campos aplicados de la psicología. Se destaca también una fuerte concentración geográfica en el sur y el sudeste del país. En general, estos resultados nos aportan dos novedades: 1) consideran la inserción de la psicología en sectores amplios de la economía y no necesariamente en campos tradicionales, y 2) el ejercicio de esta profesión en Brasil es eminentemente liberal. Nos parecen novedosos, porque es distinto referirse a un sector que a un lugar, esto hace más fluida la participación en uno o en más sectores de manera simultánea, permitiendo la realización de actividades diversas en diferentes tipos de instituciones; y porque da un giro a una también ilusoria dependencia de la demanda del mercado laboral, sugerida en los estudios de los otros países. Sin embargo, esta dinámica laboral autónoma puede ser un espejismo, porque hasta el 2014 esta práctica había más propia de regiones con un alto costo de vida, ¿será que puede funcionar de la misma manera en contextos económicos de menor poder adquisitivo y en el 2022 después de una pandemia? Sobre esto no tenemos informaciones actualizadas, pero se suman al total de elementos que tornan más complejo el escenario laboral de esta categoría de profesionales.

Las informaciones aquí analizadas advierten sobre las desigualdades especialmente de género en una profesión feminizada; en Colombia y Chile, fueron más evidentes las de clase social, y en Brasil se adiciona el racismo. De las condiciones laborales, parecen ser más positivas en Costa Rica y en Brasil, en contraste con Colombia y Chile en los que hay evidentes falencias a nivel salarial, estabilidad y dificultad en el acceso al primer empleo.

Ante este futuro incierto, nos preocupa fundamentalmente la supuesta formación generalista disfrazada de formación específica por campos tradicionales, en especial porque se está naturalizando que el mercado laboral, cuyo nicho está siendo la organizacional, exija conocimientos en esa área, y por tanto sea obligación de las universidades adecuarse a esas

necesidades del mercado. Resistiendo a esto, parece también que la clínica permanece como área de interés, pero sólo a nivel de la formación, porque no es esa en la que hay mayor empleabilidad, por lo menos en Colombia y Chile. Entonces ¿qué futuro le espera a la formación en psicología para cuál futuro mercado laboral?

Tememos que lo que tanto criticaron Orejuela *et al.* (2013) respecto al neoliberalismo y la precarización del trabajo basado en el discurso individualista evidenciado para Colombia, sea la continuación de esta misma lógica en el discurso de la salud mental que fundamenta la decisión de una práctica clínica obligatoria en los pregrados de psicología; decisión que parece desconocer el mercado laboral al que luego llegarán esa generación de psicólogas/os y en el que no tendrán cabida ni siquiera para el sector público caracterizado por contratos estables, porque cada vez hay más tercerización. ¿Se aumentará la práctica privada en consultorio? ¿Cómo así que en un país con desigualdad, así como en el resto de Latinoamérica, pero además con una guerra interna prolongada, la psicología se reduce a la atención individual centrada en la enfermedad?

Por eso la pertinencia de nuestra apuesta por la ampliación discursiva de la salud mental en psicología, ya que esto desdibujaría divisiones ficticias entre tipos de ciencias o tipos de campos, permitiéndonos fluir de modo dialógico entre ciencias sociales y ciencias de la salud, fundamento teórico que aportaría a lo que se está proponiendo la actual administración del Colegio Colombiano de Psicólogos en su plan de desarrollo 2021-2025 de mantener a la psicología en ambas áreas; no obstante, debe ser clara y contundente una postura conceptual de la salud en su extensión discursiva y no tradicional, que amplíe el rango de acción en diferentes contextos. La hiperespecialización no está respondiendo a las dinámicas del complejo mercado

laboral, y más si las/os profesionales deben aceptar las condiciones indignas del primer empleo, cambiar constantemente de institución, o asumir tareas que no coinciden con su formación.

Para que sean más claras las contribuciones de este estudio a las situaciones reseñadas, remarcamos a continuación las ideas que explican por qué trajimos las cuestiones sobre el mercado laboral de la psicología como otro argumento para defender la tesis de la salud mental como un eje transversal en esta área. Esas ideas son:

- 1) El escenario actual que situamos como problema contextual en la formación en psicología en Colombia se enmarca en la lógica que impone el modelo de docencia-servicio para las prácticas clínicas, regido particularmente por protocolos de diagnósticos psicopatológicos de individuos. Puede ser que quienes lleven a cabo esas prácticas clínicas y quienes las supervisen consideren multiplicidad de elementos distintos a la enfermedad individual, pero a nivel discursivo estamos advirtiendo que la hegemonía de una única voz puede tener efectos de exclusión y desconocimiento de realidades concretas, entre ellas, la precarización laboral de profesionales.
- 2) Ese modelo de supervisión que ha exigido a las universidades habilitar consultorios o gestionar convenios con hospitales y clínicas, además de la contratación de más docentes para ello, no debería ser sólo para lo que se denomina una práctica clínica, son las exigencias mínimas para cualquier ejercicio de la psicología en cualquier contexto. La noción de una salud mental sólo en su versión de patología genera el efecto de una práctica más importante en detrimento de otra; sin embargo, lo que hemos defendido sobre una ampliación del espectro dialógico en salud mental, apunta para una comprensión amplia del fenómeno como parte de la vida social y por tanto que es transversal a cualquier práctica psicológica en todos sus campos aplicados.
- 3) Esto último sería más acorde al panorama del mercado laboral, que tal como lo acabamos de describir, demuestra que las/os profesionales cambian constantemente de campo aplicado debido

a la inestabilidad de los contratos y que responde a la lógica del sistema económico vigente. Por eso la pregunta que se nos devuelve respecto a lo que estamos desconociendo en la formación de las condiciones de un mercado laboral que en nada concuerda con la hiperespecialización que a veces idealizamos porque supuestamente responde a la lógica mercantil.

4) Por eso la propuesta de una salud mental como eje transversal, en su sentido de diverso, dialógico y sin ubicación institucional específica, siendo más coherente con una formación generalista característica del pregrado.

5) A partir de esto, se podrían borrar las fronteras entre las especializaciones, no para que dejen de existir, pues son necesarias, pero sí para que tengamos en psicología, en su formación y en sus prácticas, elementos comunes, entre ellos la salud mental. Esto no quiere decir que se pierda de vista que también son comunes los derechos humanos, la defensa de la democracia, la lucha contra el racismo, la desigualdad, la xenofobia, la homofobia, etc., y que han sido parte del Proyecto de Compromiso Social de una psicología como profesión amplia destacada en Brasil por la profesora Ana Bock y colegas (2022). Este Proyecto de Compromiso Social se constituyó en una posibilidad de ruptura con el surgimiento de una psicología en Brasil que alimentó la concepción de un sujeto universal y que se alejó de la realidad de este país.

6) Esta tesis coincide también con esa intencionalidad defendida para el contexto de Brasil por Bock *et al.* (2022), sólo que nosotras nos focalizamos en los discursos de salud mental por ser ésta la noción que suele asociarse a la práctica clínica, psicoterapéutica y en muchas ocasiones estereotipada de la psicología. La perspectiva dialógica podría auxiliar como marco filosófico para ese Proyecto de Compromiso Social de la psicología, que aquí lo estamos sugiriendo para Colombia. Esta es justamente nuestra contribución.

Capítulo 7. Consideraciones finales

Ya podrán calcular el tamaño de los desafíos que quedan después de todas las reflexiones anteriores, y, en medio de ello, la desazón e impotencia combinada con ilusión y deseo de cambio. Por eso, en este capítulo, sin ser el punto final, vamos a presentar un recuento de nuestras elaboraciones, después exponemos las principales limitaciones en un doble sentido de autocrítica y de incentivo para estudios futuros, y por último, dirigimos unas recomendaciones a las instituciones que representan a profesionales de psicología en Colombia y a las universidades con pregrados en esta área.

a. Recuento

Lo que aquí denominamos tesis central, aquella de la salud mental como eje transversal de la psicología, no pretendíamos confirmarla, sino explicarla. Esto último lo entendimos lentamente, a medida que nos apropiábamos de las premisas epistemológicas del construccionismo social, de la perspectiva metodológica de la Prácticas discursivas y producción de sentidos; así como posteriormente de los principios de la ontología dialógica bajtiniana.

También esa tesis, intuición, pregunta, hipótesis, o como quieran llamarla, comenzó a tener mayor sentido cuando dimensionamos la gravedad de la coyuntura en la que todavía hoy se encuentra la formación colombiana en psicología. Exigir a los pregrados de psicología que sus prácticas clínicas calquen el modelo de supervisión característico de la formación médica, no sólo tiene consecuencias a nivel de la actuación profesional y la vida cultural, sino que además desconoce la realidad de un mercado laboral con el que se están deparando y se van a deparar las presentes y futuras generaciones de psicólogas/os.

Las conversaciones con las/os participantes durante el taller propiamente dicho y el encuentro de diálogos, nos aportaron elementos narrativos que analizamos en clave de repertorios, género discursivo e interanimación de los diálogos, es decir, contenido, forma y dinámica de las prácticas discursivas que propician la producción de sentidos. En su conjunto, las prácticas discursivas que aludían a expresiones como bienestar, relaciones, emociones, tranquilidad, y a otras como crisis, angustia, trastorno, temor, depresión, nos llevaron a leerlas como productoras de dos sentidos: 1) las definiciones positivas y negativas de la salud mental y 2) los discursos de lo individual y lo social.

Del primer sentido discutimos que el lenguaje del déficit, el de los recursos o el del bienestar pueden tener consecuencias problemáticas en las culturas. Esta fue una discusión/diálogo en su dimensión pragmática, es decir, preocupada por la función social de los discursos. Notamos que hay una tendencia a favor de borrar esa connotación negativa (de ausencia) y positiva (de presencia), puesto que no tiene una fundamentación lógica: salud y enfermedad no se excluyen (Almeida-Filho, 2011). Pese a esto, identificamos unas denominaciones como salud psíquica (Lopera, 2014) o salud mental colectiva (Hernández, 2021) que si bien se alejan del modelo de enfermedad, creemos que es más relevante estar atentas a su uso contextualizado y efectos en la vida social.

Siguiendo esta misma dirección, abordamos el segundo sentido acerca de lo individual y lo social, cuestionando si el bienestar o la angustia estarían “dentro” del individuo o “fuera” de él, ameritando así la pregunta por los efectos de esto en actuaciones profesionales de la psicología. Contrapusimos varias acepciones de lo individual y lo social, indagamos específicamente por el contexto en el que surge la ideología individualista, y ejemplificamos las

consecuencias que asumir un único discurso, el de lo individual, trae en el ejercicio de la psicología.

Nos centramos en la práctica de psicoterapia, porque constituyó la base narrativa del género discursivo que denominamos “¿Ya inició proceso?” y que surge como recomendación a las/os practicantes de psicología, pues sus docentes (nuestras/os participantes en este estudio) ven en ellas/os muchos problemas de salud mental. No fue nuestro interés dirimir en esa cuestión de una obligatoriedad del “proceso personal” para quien se forma en psicología; decidimos, acorde con nuestros objetivos, la tesis y los presupuestos epistemológicos y teóricos, reflexionar sobre el énfasis individualista y centrado en la enfermología/trastornología que está en el fondo de esa recomendación.

A la par que exponíamos los efectos de esto en la vida social, por ejemplo, promover la discriminación y exclusión social de los menos favorecidos económicamente para el acceso al servicio en psicología, nos encontramos también con propuestas alternativas para comprender la salud mental de las que se desglosan otros tipos de actuaciones profesionales. Algunas de las cuales estaban en consonancia con prácticas discursivas de nuestras/os profesoras/es y pesquisas de algunas/os investigadoras/es, que todavía parecen no ser escuchadas por un sistema económico que nos promete avances y desarrollos, pero al mismo tiempo una precariedad laboral.

Aunando las paradojas que expusimos de las investigaciones sobre inserción laboral de profesionales psicólogas/os, con la situación específica de Colombia a propósito de las prácticas clínicas obligatorias, nos preguntamos cómo una formación que refuerza con mayor ímpetu un discurso individualista y de la enfermedad va a vérselas con las lógicas cada vez más crueles de un mercado laboral que ni siquiera le interesa la “clínica”. Y clínica entrecomillas, porque esa

expresión se usa del mismo modo que el de salud mental, es decir, reducida a la psicopatología y a la psicoterapia.

Desde nuestro punto de vista, según las explicaciones de Lightner Witmer en su texto fundacional de esta área en 1907, la clínica es un método para comprender cualquier fenómeno sea o no patológico, y con base en él orientar la acción. Ese cariz de método, sin estar supeditado a un único tipo de práctica, es el que se pretende delimitar al lugar de los hospitales, consultorios particulares y que hoy en día todas las universidades con pregrados de psicología están tratando de asegurar por la vía de convenios interinstitucionales para obtener sus registros de funcionamiento. Todavía no advertimos si dichas instituciones se interrogan a quién conviene esa decisión del Ministerio de Educación y qué producirá en un futuro cercano en sus estudiantes y las comunidades con las que van a interactuar.

Colombia es un país biodiverso, cuenta con una población de más de 50 millones de personas y además caracterizada por una lamentable historia inacabada de guerra interna. Las comunidades negras están en las regiones más pobres, víctimas en su mayoría de esta guerra y de la corrupción; mientras que en las ciudades principales, Bogotá, Medellín y Cali, se concentran no sólo la economía sino la fuerza de trabajo, una de ellas es la de las/os psicólogas/os; y aun así, desde hace una década se está planteando que hay una saturación de la oferta, y que no hay demanda suficiente para acoger a profesionales de la psicología. Nos preguntamos qué tipo de demanda es esa, y si no están siendo contempladas las múltiples situaciones sociales que, junto con otras profesiones y saberes, la psicología podría contribuir para la transformación social. En su defecto, se comienza a naturalizar que la universidad debe adecuarse a las necesidades del mercado, necesidad que según estudios de Castrillón *et al.* (2012) y Orejuela *et al.* (2013) tiende

a ser propia del ámbito de la psicología organizacional, en total contradicción con la medida actual de obligar a una práctica clínica.

Ni lo uno (la clínica como psicoterapia centrada en la enfermedad), ni lo otro (desconocer la realidad del mercado laboral) tienen sentido, por eso, si algo nos enseñó la pandemia por covid-19, es que en psicología la salud mental es nuestro punto en común, a la que nos aproximamos desde múltiples voces, sin que ello implique ignorar los actos que esas voces diversas provocan. Esta postura es de corte construccionista/dialógica, pues lo que proponemos es la ampliación del espectro dialógico, es decir, del escenario discursivo en el que confluyan tanto las voces hegemónicas o fuerzas centrípetas, como las voces alternativas o fuerzas centrífugas, características de la alteridad constitutiva y constituyente del ser humano de acuerdo con la propuesta de la ontología bajtiniana (Bajtin, 1997).

Todas esas voces tienen su lugar en la vida cultural y un dinamismo particular acorde al contexto y a la historia. En esto se resume nuestra apuesta, que además significa que, una vez nos familiaricemos con la ontología dialógica, a ella le sigamos agregando otras perspectivas, pues en eso consiste la dialogía, en concebir al lenguaje como “producto de la vida social que de ninguna manera puede estar fijo o petrificado: está en perpetuo devenir y, en su desarrollo, sigue la evolución de la vida social” (Bajtin/Volóshinov, 1930/2017, p. 298).

En su dimensión metodológica, las contribuciones de este estudio tienen que ver con la apropiación de las estrategias de análisis que podría verse desde afuera como una exageración, pero que despejó el camino para la presentación de los resultados, no en la lógica categorial, como suele ser usada, sino en la lógica del análisis de las prácticas discursivas considerando todo el rigor conceptual que las caracteriza. En otras palabras, estamos reivindicando el lugar de las estrategias de análisis en su multiplicidad, reconociendo también que la decisión de usarlas en

esta tesis se basó en el tiempo disponible, la osadía de la autora y el interés por un análisis minucioso, casi microscópico y detallado de las narrativas que contribuyeron con los argumentos para defender la tesis central. También cabe resaltar el efecto a nivel ético y político que tuvieron los talleres en las/os participantes, considerando que en el segundo encuentro de diálogos de resultados, algunas docentes modificaron sus narrativas centradas en lo individual, complejizando su visión sobre la salud mental.

b. Limitaciones/potencialidades del estudio

Limitaciones hay muchas, aunque no en el sentido de obstáculo para el logro de objetivos de este estudio. Las entendemos como un conjunto de autocríticas para su potencialización en otras investigaciones. La primera es la paradójica postura en nuestro discurso antidisciplinaria promotor de lo inter, intra, multi y transdisciplinar que se vio obscurecido por unas narrativas sólo de profesoras/es universitarias/os de psicología; sin embargo, en ellas se destacaron voces de diversas áreas del conocimiento, así como de posicionamientos diferentes al de ser docente o psicóloga/os, entre ellos el de ser madres, ciudadanas/os, entre otros.

Otra limitación/potencialidad. Todas las voces son de personas de Medellín, no hay versiones de otras regiones o de la ruralidad, como tampoco de quienes se dedican a la profesión en contextos de extrema vulneración a los derechos humanos, como son las zonas de conflicto armado. Esto no quiere decir que se pretenda una generalización o validación de informaciones, por el contrario, se propende por la ampliación dialógica en su sentido transdisciplinar o multisaberes. Asimismo, debemos admitir que la alusión a la formación en psicología contempló sólo el contexto de asesoría o supervisión de las prácticas, y sería importante ahondar tanto en la

formación completa del pregrado, como la de los posgrados y la ofertada por cursos y diplomados en la formación continuada.

En términos del método nos preguntamos si la contribución metodológica que señalamos sobre el uso de varias estrategias puede entenderse en sentido contrario como una limitación. Pecar por exceso puede relativizarse si se enmarca en un referente teórico específico. En nuestro caso, es cierto que más de cien páginas de resultados difícilmente se abordaron con totalidad en las discusiones, obligando a un recorte analítico acorde con los propósitos del estudio. Por tanto, debemos reconocer que no alcanzamos a profundizar en los posicionamientos y trayectorias de las/os profesoras/es, la elección por la carrera, el ejercicio de la profesión, de la docencia y el vínculo entre sus procesos formativos y los ámbitos familiar y comunitario. Tampoco en las consecuencias a mediano y largo plazo de la pandemia por covid-19 en las dinámicas laborales y relacionales de docentes de psicología y en estudiantes que se graduaron durante la emergencia sanitaria y social. Y no pudimos adentrarnos en las limitaciones y posibilidades de las actuaciones psicológicas en salud mental y susceptibles de uso en cualquier ámbito aplicado, puesto que aquí sólo las consideramos en cuanto al mercado laboral. Todo lo anterior puede ser objeto de estudios futuros.

A nivel teórico, es una limitación/potencialidad la densidad del fundamento filosófico en que el nos basamos para solucionar un problema vigente en las universidades y que puede tomar tiempo para ser asimilado a nivel práctico. Esto puede ser una falencia porque está en juego la sobrevivencia de programas de pregrado, a los que hoy se les niega el registro para recibir nuevas/os estudiantes, perdiendo así, en algunos casos, un reconocimiento labrado de muchos años. Incluso, está en riesgo que muchas/os estudiantes a la hora de llegar al mundo laboral sean

excluidos a raíz de estas decisiones, pues las empresas sabrán que a la universidad le negaron la posibilidad de seguir formando en esta profesión y deducir que fue por falta de calidad.

Mencionemos ahora otras limitaciones/potencialidades, esta vez, del referente epistemológico. Como habrán notado, nos basamos en los principios del construccionismo social de Gergen y de la dialógica bajtiniana, así como de la perspectiva de las Prácticas discursivas y producción de sentidos. Como resultado, tenemos un fuerte apego al discurso, aun cuando hayamos mencionado, con Bajtin, la materialidad del cuerpo en la interacción discursiva. Esta afición por lo discursivo es objeto de crítica por parte del filósofo analítico Ian Hacking en su libro *¿Construcción social de qué?*, publicado en 1999. Hacking se pregunta esto para mostrar la necesidad de una postura ética y de autorreflexión cuando decimos que algo es una construcción social. Discute que hay construccionistas que, bajo la lógica relativista del “todo vale”, aceptan con resignación los fundamentalismos religiosos que han generado tantas muertes. Es importante esa pregunta porque con esto Hacking aclara que se trata de una construcción social de ideas, no de personas individuales, por ejemplo, de las mujeres refugiadas, idea de mujer que está inmersa en una matriz con materialidades concretas como los papeles, las oficinas, los pasaportes, etc.

Así, las ideas son conceptos y nociones, mientras que los objetos están en el mundo, y ambos, ideas y objetos, interactúan entre sí, y esta interacción hace parte del discurso de la construcción social. Un ejemplo de esto lo señala Hacking retomando el tema del niño televidente: “Las relaciones de los niños con las pantallas cambian como consecuencia de los cambios en el mundo material de la manufactura y el comercio. Pero también cambian como consecuencia de la forma en que estos fenómenos son conceptualizados” (Hacking, 1999, p. 58). Nuestro énfasis analítico, si nos atenemos a esta crítica, fue principalmente a nivel discursivo del concepto de salud mental.

En su crítica a las investigaciones construccionistas, Hacking (1999) advierte que son varios los compromisos con la transformación social de acuerdo con los objetivos proyectados, ellos son:

- Histórico: su objetivo es revelar la historia.
- Irónico: devela cómo determinada idea es construida socialmente, reconociendo que no queda más que aceptarla.
- Reformista-desenmascarador: muestra la función extra teórica de una tesis o teoría. Se puede ser desenmascarador sin ser reformista.
- Rebelde: siguiendo la lógica del grado anterior, se demuestra que cierta idea no debe ser así y se debe cambiar.
- Revolucionario: incluye las dos posturas anteriores, con la diferencia de asumirse abiertamente activista, para obtener cambios radicales en el mundo.

Si evaluamos la argumentación general con la que costuramos este documento, nos ubicamos en un alcance desenmascarador. No nos desalienta, por el contrario, es un incentivo para continuar en la línea de los postulados bajtinianos como fundamento de una des-disciplinarización y en contra de la hiperespecialización, temática que vislumbramos a futuro como el centro de las reformas en educación superior para un siglo XXI en toda su complejidad.

Un último aspecto que lamentamos no reflexionar, pues no hacía parte de los repertorios previos de mi experiencia profesional y personal, fue el tema de los marcadores sociales raza/color, género y clase social, necesarios para ampliar los análisis y ajustarlos a la perspectiva construccionista-post-construccionista que exige contextualización y posicionamientos. Nuestro análisis no fue interseccional y sólo tímidamente se advirtieron algunos datos sobre las

situaciones económicas que caracterizan a estudiantes según las narrativas de docentes. En el grupo de docentes tampoco esto se advirtió, aunque sí se mencionó algo sobre condiciones laborales estresantes.

La pregunta por marcadores sociales sobresale en los estudios de mi orientadora, la profesora Mônica Lima, especialmente en sus trabajos sobre supervisión compartida (2018, 2019a, 2019b). En mi caso se explica esta falencia porque sólo después de mi llegada a Salvador, en donde me aproximé a las teorías de las relaciones raciales, pude releer el contexto de Medellín y percatarme que nunca me había preguntado por mi raza y el lugar que esto podía tener en mis experiencias académicas y profesionales. Explicitamos esto como una limitación que es al mismo tiempo una motivación para integrarlo a mis prácticas de producción de conocimiento y que será un compromiso en lo que sigue de mi trayectoria de vida académica, profesional y personal.

c. Recomendaciones

Dirigimos las siguientes recomendaciones en primer lugar a las instituciones que representan a la profesión en Colombia y luego a las universidades con programas de psicología en las que se incluyen a docentes, estudiantes y graduadas/os.

Al Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic) y a la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi):

- Actualizar los documentos sobre formación en psicología, incluyendo posturas críticas respecto a los modelos basados en competencias y sensibilizados con las situaciones sociales que fragilizan las vidas de las personas en nuestro país, tales como desigualdad,

pobreza, corrupción, racismo, violencia de género, homofobia, violencia urbana y estructural, xenofobia, entre otros.

- Socializar las informaciones sobre los lugares que tienen Colpsic y Ascofapsi para la toma de decisiones en las instancias de poder político. Esto lo pueden hacer por la vía de las universidades, pues estas tienen bases de datos de estudiantes, graduadas/os y empleadoras/es.
- Unirse a otras agremiaciones de profesiones afectadas por decisiones intransigentes del Ministerio de Educación.
- Publicar su postura respecto al neoliberalismo y las medidas económicas que no sólo afectan al país como un todo, sino también a las dinámicas laborales de quienes nos desempeñamos en el ejercicio de la psicología.
- Reunir grupos de académicos, graduadas/os y otros grupos sociales para discutir qué se entiende por las divisiones entre ciencias sociales y ciencias de la salud, y cómo esas clasificaciones están obturando las potencialidades y riquezas de la psicología en sus múltiples líneas de pensamiento.
- Exigir al gobierno una reforma de la Ley estatutaria de salud de 1993 y del sistema educativo, para que en ambos sectores, además de una mayor inversión, contemplen la modificación a las contrataciones tercerizadas de profesionales. Asimismo considerar la regulación a empresas en sus modos de contratación y pago de salarios.

A las universidades con pregrados de psicología y su comunidad académica:

- Reinvidicar que la misión de las universidades es la educación, no la habilitación de servicios de salud.

- Unirse para valorar el futuro de la formación en psicología en un escenario laboral del siglo XXI.
- Potencializar las redes académicas y de extensión a nivel local, regional, nacional e internacional, para recopilar argumentos científicos e investigativos, que aclaren por qué la oposición a las directrices del Ministerio de Educación que nos pretende padronizar a imagen de la medicina.
- Promover la participación de sus docentes, estudiantes y graduadas/os en grupos y colectivos en defensa de nuestros derechos por condiciones dignas de trabajo.
- Evaluar críticamente los niveles de incapacidad laboral a causa de las exigencias para dar cuenta de los índices de productividad de docentes, acordes con una lógica mercantil de la ciencia.
- Considerar reformas estructurales de la formación en articulación con diferentes universidades y que trasciendan la lógica del “sello propio”, pues este aspecto ha colocado a las instituciones universitarias en una carrera por el marketing y no a favor de la calidad. Esto, como sabemos, es propio de la privatización de la educación, pero no del compromiso con la transformación social, razón de ser de las universidades.

Referencias

- Acosta, M.R., Agudelo, D., Alarcón, A., Caycedo, C., Moncada, L., Novoa, M. y Utría, O. (2018). *Condiciones de calidad de las prácticas profesionales en psicología clínica, neuropsicología y psicología de la salud*. Ascofapsi. <https://www.ascofapsi.org.co/observatorio/wp-content/uploads/2020/08/CONDICIONES-DE-CALIDAD-DE-LAS-PR%3%81CTICAS-PROFESIONALES-EN-PSICOLOGIA-CL%3%8DNICA-Y-PSICOLOG%3%8DA-DE-LA-SALUD-2018.pdf>
- Almeida-Filho, N. (2011). *O que é saúde?* Editora Fiocruz.
- Almeida-Filho, N. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753-770. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400002>
- American Psychological Association (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- American Psychological Association (2021). *Apology to People of Color for APA's Role in Promoting, Perpetuating, and Failing to Challenge Racism, Racial Discrimination, and Human Hierarchy in U.S.* Resolution adopted by the APA Council of Representatives on October 29, 2021. <https://www.apa.org/about/policy/racism-apology>
- Aragaki, S., Piani, P. y Spink, M. J. (2014). Uso de repertorios lingüísticos em pesquisas. En: M.J. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento y M. P. Cordeiro (Orgs.). 1ª Ed. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. (pp. 229-246). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Arana, J., & Meilán, J., y Pérez, E. (2006). El concepto de psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(1), 111-142.
- Bajtin, M./Volóshinov V. (1930/2017). La estructura del enunciado. En: T. Todorov *Mijaíl Bajtin: El principio dialógico*. (295-326) Traductor Mateo Cardona Vallejo. 3ª Reimpresión. Instituto Caro y Cuervo.
- Bajtin, M. (1952-53/1985). El problema de los géneros discursivos. En: M. Bajtin. *Estética de la creación verbal*. (pp. 248-293). Traducción de Tatiana Bubnova. 2ª Ed. Siglo XXI.
- Bajtin, M. (1959-1961/1985). El problema del texto en la lingüística la filología y otras ciencias humanas. Ensayo de análisis filosófico. En: M. Bajtin. *Estética de la creación verbal*. (pp. 294-323). Traducción de Tatiana Bubnova. 2ª Ed. Siglo XXI.
- Bajtin, M. (1974/1985). Hacia una metodología de las ciencias humanas. En: M. Bajtin. *Estética de la creación verbal*. (pp. 381-396). Traducción de Tatiana Bubnova. 2ª Ed. Siglo XXI.
- Bajtin, M. (1997). *Hacia una filosofía del acto*. Anthropos.
- Baltodano-Chacón, M., Marín-Picado, B., Alpízar-Rojas, H., y Marín-Villalobos, R. (2021). Situación laboral de las personas graduadas y egresadas de las carreras de Psicología y Enseñanza de la Psicología de la Universidad de Costa Rica. *Wimb Lu*, 16(1), 51-73. <https://doi.org/10.15517/wl.v16i1.46664>
- Ballesteros, B., González, D. y Peña, T. (2010). *Competencias disciplinares y profesionales del psicólogo en Colombia*. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi).
- Barreto Henao, N. y Yanguma Valentín, C. (2015). Desarrollo del programa familias con bienestar bajo el enfoque sistémico, construccionista. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 91-98. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/2499/2429>

- Bernardes, J. (2004). *O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bock, A. M., Rosa, E., Amaral, M., Ferreira, M. y Gonçalves, M. (2022). O compromisso social da psicologia e a possibilidade de uma profissão abrangente. *Psicologia: ciência e profissão*, 42, e262989. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262989>
- Bustos Arcón, V. y Russo de Sánchez, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39),183-202. <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2830>
- Bustos Arcón, V. y Russo de Sánchez, A. (2017). El lugar del yo en la comprensión de la Salud Mental. *Revista Psicoespacios*, 11(19), 208-228. <http://revistas.iue.edu.co/revistasieue/index.php/Psicoespacios/article/view/944/1220>
- Bubnova, T. (1991). Bajtin vs. "Post-modern". Apropiaciones y deslindes. *Acta poética*, 12, 179-189. <http://dx.doi.org/10.19130/iifl.ap.1991.1-2.509>
- Bubnova, T. (1997). El principio ético como fundamento del dialogismo en Mijail Bajtin. *Escritos, Revista del Centro de Ciencias del Lenguaje*, 15-16, 259-273. http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/escritos/resources/LocalContent/36/1/259-273.pdf
- Bubnova, T. (2020). Bajtin y la hermenéutica. *Interpretatio*, 5(1), 49-68. <https://revistas-filologicas.unam.mx/interpretatio/index.php/in/article/view/219/351>
- Caballero Domínguez, C.C., Suárez Colorado, Y.P y Bruges Carbonó, H.D. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista*

CES *Psicología*, 8(2), 138-155.
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3211/2426>

Canguilhem, G. (1988). La salud, concepto vulgar y problema filosófico. *Sociología: Revista De La Facultad De Sociología De Unaula*, (21), 151–158.
<https://publicaciones.unaula.edu.co/index.php/sociologiaUNAULA/article/view/650>

Cañón Ortiz, O. E., Peláez Romero, M. P. y Noreña Noreña, N. M. (2005). Reflexiones sobre el socioconstruccionismo en psicología. *Diversitas*, 1(2), 238-245.

Cardona-Arias, J.; Pérez-Restrepo, D.; Rivera-Ocampo, S.; Gómez-Martínez, J. y Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89

Carranza, E. y Molina-Landeros, R. (2021). La identidad heteroglósica como herramienta verbal-ideológica de análisis del discurso dialógico. *Dialogía. Revista de lingüística, literatura y cultura*, 2(15). 33-80. <https://journals.uio.no/Dialogia/article/view/9275>

Carvalho, D., Gómez, M & Lima, M. (2021). Produção de conhecimento sobre fenômenos psicossociais em tempos de Covid-19. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 30(70), 29-50.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412021000200004

Castañeda Cantillo, A., Abreo Ortiz, A., y Parra Benavides, F. (2006). Aproximaciones a la construcción de un modelo de formación por competencias como interventores de sistemas humanos para estudiantes de psicología de último año. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(1), 20-41.

Castrillón, D., Vélez, G. A., Tapias Saldaña, A., Ocampo, M., Suárez, R., Organista, P., Sierra, Y., Fonseca, M. A., Garzón, A. y Aguirre, D. (2012) *Condiciones sociodemográficas, educativas, laborales y salariales del psicólogo colombiano*. Colegio Colombiano de Psicólogos.

- 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://dx.doi.org/10.18046/recs.i11.1567>
- Charria Ortiz, V., Sarsosa Prowesk, K., Uribe Rodríguez, A., López Lesmes, C. y Arenas Ortiz, F. (2011). Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. Las competencias del psicólogo en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, (28), 133-165.
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2013). *Perfil por competencias del profesional en psicología*. http://colpsic.org.co/aym_image/files/Perfiles_por_competencia_del_profesional_en_psicologia.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2014). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2021). *Plan de Desarrollo 2021-2025*. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/06/Plan-de-Desarrollo-Colpsic-2021-2025.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2021). *Observaciones y recomendaciones. Visita de trabajo a Colombia*. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ObservacionesVisita_CIDH_Colombia_SPA.pdf
- Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1090 Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. <https://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>

Congreso de Colombia (2009). *Ley 1324 de 2009. Por la cual se fijan parámetros y criterios para organizar el sistema de evaluación de resultados de la calidad de la educación, se dictan normas para el fomento de una cultura de la evaluación, en procura de facilitar la inspección y vigilancia del Estado y se transforma el ICFES.*
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36838>

Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley 1616 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.*
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html

Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. (2020). *Documento CONPES 3992. Estrategia para la promoción de la mental en Colombia.* <https://bit.ly/conpes3992>

Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução para pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Resolução 510/2016.* Conselho Nacional de Saúde.
<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

Cordeiro, M. P., Freitas, T. R., Conejo, S. P. y De Luiz, G. M. (2014). Como pensamos ética em pesquisa. Em: M.J. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento y M. P. Cordeiro (Orgs.). 1ª Ed. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.* (pp. 31-56). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Da Cunha, D. (1997). Bakhtin e a linguística atual: Interloquções. Em: B. Brait, *Bakhtin, dialogismo e construção do sentido.* Editora da UNICAMP.

Da Porta, E. (2013). Pensar las subjetividades contemporáneas: algunas contribuciones de Mijail Bajtin. *Estudios semióticos*, 9(1), 47-54.
<https://www.revistas.usp.br/esse/article/view/61246/64187>

Davies, B. y Harré, R. (1990) Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20 (1), 43–63.

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - Dieese. Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2016). *Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro*.

Diccionario de la Real Academia Española (2021). *Definición*.
<https://dle.rae.es/definici%C3%B3n?m=form>

Diccionario de la Real Academia Española (2021). *Proceso*. <https://dle.rae.es/proceso>

Duarte, C. (2021). Movilizaciones 4.0: el paro nacional de Colombia. *Palabra Salvaje*, 2, 55-63
<http://palabrasalvaje.com/wp-content/uploads/2021/11/PalabraSalvaje02Octubre2021.pdf>

Espinoza Aros, O. (2014). Análisis crítico del discurso de las competencias en la formación inicial docente en Chile. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 40(2), 147-159.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000300009>

Espinoza Díaz, O, González, L. E., Castillo, D. y Sandoval, L. (2019). Visión de titulados de la carrera de Psicología que acceden por primera vez al mercado laboral en Chile. *Perfiles educativos*, 41(163), 89-107.

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. (2012). *Reglamento de prácticas de psicología*. Universidad de Antioquia.

Fierro, C. (2018). La Historiografía en la Institucionalización de la Psicología Académica. Estados Unidos, 1890–1989. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(2), 196-217.

Galeano Marín, M. E. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. 2ª edición. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Fondo Editorial FCSH.

- Gaitán Chipatecua, A., y Rey-Anaconda, C. (2013). Diferencias en funciones ejecutivas en escolares normales, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del cálculo y condición comórbida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 71-85.
- Garay Sánchez, A. (2008). Los Acuerdos de Bolonia; desafíos y respuestas por parte de los sistemas de educación superior e instituciones en Latinoamérica. *Universidades*, (37),17-36.
- Garzón, J.C., González Cepero, P., López Guada, N., Camacho Muñoz, M. y Guerrero Bernal, J. (2021). *El paro nacional y la movilización social en Colombia: ¿cómo llegamos hasta aquí y qué puede venir?* Fundación Ideas para la Paz y Universidad del Rosario. https://ideaspaz.org/media/website/nota_estabilizacion04_movilizacionFIP.pdf
- Gaviria Loaiza, J., y Calderón-Delgado, L., y Barrera-Valencia, M. (2014). ¿Es efectivo el entrenamiento en Neurofeedback para el tratamiento del TDAH? Resultados a partir de una revisión sistemática. *CES Psicología*,7(1), 16-34.
- Gergen, K. (1985). The socialconstructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gergen, K. (1994/2007). Las consecuencias culturales del discurso del déficit. En: A.M. Estrada y S. Diezgranados, *Gergen Kenneth J. Construccinismo social, aportes para el debate y la práctica*. (pp. 281-310). Ediciones Uniandes.
- Gergen, K. (1996). Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Paidós.
- Gomes, E., y Lima, M. (2020). Aspectos teórico-metodológicos e éticos na pesquisa qualitativa em psicologia social de base construcionista. *Quaderns de Psicologia*, 22, 1-18.
- Gómez, M. (2010). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2 (2), 19-32.

- Gómez, M. (2020). ¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla?
En: Uribe Tirado, A. al. (2020). *Polifonía para pensar una pandemia* (pp. 169-181). Medellín: Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.
- Gómez, M. y Peláez Jaramillo, G.P. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83.
- Gómez, M., Jaramillo Arango, I. C., Giraldo Osorio, J. F. y Suárez Martínez, C. (2021). Conceptualizaciones de salud mental y Covid-19: Reflexiones situadas para Colombia. *Psicoespacios*, 15(26), 1-18.
<https://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/1389>
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 1-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>
- Gutiérrez Avendaño, J. (2019). Mens sana in corpore sano: incorporación de la higiene mental en la salud pública en la primera mitad del siglo XX en Colombia. *Historia Caribe*, XIV(34), 91-121. <https://doi.org/10.15648/hc.34.2019.3>
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Hernández Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3).
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perspectivas-conceptuales-en-salud-mental-y-sus-implicaciones-en-el-contexto-de-construccion-de-paz-en-colombia/16943?id=16943&id=16943>

- Hernández Holguín, D. M. (2021). *Aportes a un concepto de salud mental colectiva para Colombia: aprendizajes de las prácticas sociales de construcción de paz en el Oriente Antioqueño*. (Tesis de doctorado). Doctorado en Salud Pública. Universidad de Antioquia.
- Herrera, S. (2021). Retos iniciales de la formación profesional en psicología en Medellín. En: J. Orejuela, H. López y O. Blandón (Eds.) *Formación en psicología. Debates en Antioquia*. (pp. 41-61). Editorial Eafit.
- Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A.J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M. y Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.4996>
- Ibáñez, T. (1994). La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. En: *Conocimiento, realidad e ideología* (pp. 39-48). Asociación Venezolana de Psicología Social – AVEPSO.
- Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y Sociedad*, 4(1), 155-160.
- Íñiguez-Rueda, L. (2008). Conferência de abertura. La psicología social en la encrucijada post-construccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. En N. Guareschi (Org.). *Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo*. (pp. 5-42). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. <https://static.scielo.org/scielobooks/hwhw6/pdf/guareschi-9788599662908.pdf>
- Lasso, R.A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2881/2202>

- Lima, M. (2005). *Atuação psicológica em serviços públicos de saúde de salvador do ponto de vista dos psicólogos*. (Tesis doctoral) Doctorado em Salud Colectiva. Universidad Federal de Bahía.
- Lima, M., Rebouças, F. y Grave, L. (2018). *Formação em Psicologia: Dimensões da Supervisão Compartilhada na Atenção Básica à Saúde*. En: Livro de Atas 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa-Portugal. (p. 671-680).
<https://core.ac.uk/download/pdf/154173853.pdf>
- Lima, M., Alves, J.B., Rebouças, F. y Grave, L. (2019a). Supervisão Compartilhada para a formação de psicólogas no Núcleo de Apoio/Ampliado da Saúde da Família. (Capítulo de libro inédito).
- Lima, M., Alves, J.B., Rebouças, F. y Grave, L. (2019b). Caruru de balbúrdia?: supervisão compartilhada em psicologia como prática de pesquisa. Em: B. Medrado y M. Teti. (Orgs.) (1ª Ed.). *Problemas, controvérsias e desafios atuais em Psicologia Social*. (p. 132-151). ABRAPSO.
- Londoño, C. y Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC, y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 35-47.
<https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1812/1568>
- Lopera, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, 7, 60 -75.
- Lopera, J. D. (2014). *Sabiduría práctica y salud psíquica*. (Tesis doctoral). Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia.

- Lopera, J. D. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(S1), s10-s20. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19792>
- Lopera, J. D. (2020). Un modelo de formación analítica para psicólogos: Fundamentos conceptuales y metodológicos. En: E. Serna M. (ed.) *Revolución en la formación y la capacitación para el siglo XXI* (pp. 125-138) 3ª Ed. Vol. II. Instituto Antioqueño de Investigación. <https://zenodo.org/record/4266566#.YYmZWWDMPY>
- López, H. y Urrego, E. (2021). Sobre la génesis de la psicología como profesión en Medellín. En: J. Orejuela, H. López y O. Blandón (Eds.) *Formación en psicología. Debates en Antioquia*. (pp. 23-40). Editorial Eafit.
- Machado, J.P y Zanella, A.V. (2019). Bakhtin, ciências humanas e psicologia: diálogos sobre epistemologia e pesquisa. *Psicologia & Sociedade*, 31, e166423. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31166423>
- Marenco-Escuderos, A., Suárez-Colorado, Y. y Palacio-Sañudo, J. (2017). Burnout académico y síntomas relacionados con problemas de salud mental en universitarios colombianos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 11(2), 45-55. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/2926/2756>
- Marra, M. (2014). El Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 219-242.
- Martínez Franco, D.; Burgos Hernández, N. y Meza Maldonado, W. (2016). Caracterización de las competencias laborales de los egresados del Programa de Psicología de la Universidad de la Costa CUC. *Tesis Psicológica*, 11(1), 216-235.

- Medviédev, I. P., y Medviédeva, D. A. (2014). O Círculo de M. M. Bakhtin: sobre a fundamentação de um fenômeno. *Bakhtiniana. Revista De Estudos Do Discurso*, 9, Port. 26–46. <https://revistas.pucsp.br/index.php/bakhtiniana/article/view/11535>
- Méllo, R., Silva, A. Lima, M. y Di Paolo, A. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26-32.
- Mendoza García, J. (2015). Otra mirada: la construcción social del conocimiento. *Polis*, 11(1), 83-118. <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/229>
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2003). *Resolución 3461. Por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Psicología*. Consultado en https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86388_Archivo_pdf.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (1993). *Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental* http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95.
- Montero-Curiel, M. (2010). El proceso de Bolonia y las nuevas competencias. *Tejuelo*, 9, 19-37.
- Moyano, E y Juliá, M. T. (2013). Formación por competencias en educación superior y su impacto en la formación en psicología. En M. Juliá (Ed.), *Competencias del psicólogo en Chile: propuestas desde las universidades estatales*, (pp. 20-43). Editorial Universidad de la Serena.

- Murueta, M. (2015). Presentación. En: E. Barrero (Coord.), *Formación en psicología. Reflexiones y propuestas desde América Latina*, (pp. 9-16). ALFEPSI Editorial.
<https://www.alfepsi.org/libro-fomacion-en-psicologia-reflexiones-y-propuestas-desde-america-latina/>
- Nascimento, V. L., Tavanti, R. M., y Pereira, C. C. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. Em: M.J. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento y M. P. Cordeiro (Orgs.). 1ª Ed. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. (pp. 247-272). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Orejuela Gómez, J.J, Bermúdez Rico, R., Urrea Benítez, C. y Delgado Polanco, L. A. (2013). *Inserción laboral de jóvenes profesionales: el caso de los psicólogos bonaventurianos*. Editorial Bonaventuriana.
- Orejuela Gómez, J., López, H. y Blandón, O. (Eds.) (2021). *Formación en psicología. Debates en Antioquia*. Editorial Eafit.
- Organización Mundial de la Salud. (1950). *Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental*. Serie de Informes Técnicos, n°. 31. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. www.who.int/mental_health/mhgap

- Ossa, J. C., y Puche Navarro, R. (2015). Panorama de la formación académica de los psicólogos en Colombia. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 13(1), 7-17.
- Orwell, G. (1949/2019). *1984*. Penguin Random House. Grupo Editorial.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. (2008). Más allá de la Salud Mental: La psicología en Atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Porras Velásquez, N.R. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Tesis Psicológica*, 8(2), 98-117
<https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/339/325>
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behavior*. London: Sage Publication.
- Presidencia de la República de Colombia. (2010). *Decreto 2376 del 01 de julio de 2010, Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud*.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=76013
- Quintero-Mantilla, M.S. y Cerquera-Córdoba, A.M. (2018). Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 109-120.
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/4468>
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K. y Porras-Mendoza, E. (2017). Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en personas víctimas del conflicto armado en Colombia: el caso de Chengue y de Libertad. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 30-41
- Rasera, E. F. y Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, 15(30), 21-29. <https://www.redalyc.org/pdf/3054/305423746005.pdf>

- Rorty, R. (1979). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Cátedra: Madrid.
- Restrepo, D. y Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-11.
- Ruiz Eslava, L.F, Urrego Mendoza, Z.C. y Escobar Córdoba, F. (2019). Desplazamiento forzado interno y salud mental en pueblos indígenas de Colombia. El caso Emberá en Bogotá. Desplazamiento forzado y salud mental indígena. *Tesis Psicológica*, 14(2),42-65.
<https://doi.org/10.37511/tesis.v14n2a3>
- Ruiz, M., Jaraba, B., y Romero S. L. (2008). La formación en psicología y las nuevas exigencias del mundo laboral: Competencias laborales exigidas a los psicólogos. *Psicología desde el Caribe*, (21), 136-157.
- Sánchez, D., Castaño, G.A, Sierra, G.M, Moratto, N., Salas, C., Buitrago, C. y Torres, Y. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista CES Psicología*, 12(3), 1-19.
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4516>
- Sisto, V. (2015). Bajtin y lo Social: Hacia la Actividad Dialógica Heteroglósica. *Athenea Digital*, 15(1), 3-29. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.957>
- Spink, M. J. y Gimenes, M. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3 (2), 149-171.
- Spink, M. J. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva á interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, 31(1), 7-22.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia Social e saúde- Prática, saberes e sentidos*. Vozes

- Spink, M. J., Pereira, A. B., Burin, L. B., Silva, M. A., y Diodato, P. R. (2008). Usos do glossário do risco em revistas: contrastando “tempo” e “públicos”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 1-10.
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentido no cotidiano*. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. y Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentidos. En: M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 1-21). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., y Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. En: M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 50-78). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., y Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano. En: M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. y Menegon, V.M. (2013). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. En: M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 42-70). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J., Brigagão, J., Nascimento V. y Cordeiro, M. (Orgs). (2014). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas (1ª Ed). Centro Edelstein de pesquisas sociais.
- Spink, M. J., Menegon, V. y Medrado, B. (2014). Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*, 26 (1), 32-43.

- Spink, P.K. (2003). Pesquisa de campo en psicología social: una perspectiva posconstruccionista. *Psicologia & Sociedade*, 15 (2), p. 18-42.
- Spink, P.K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20, Edição especial, 70-77.
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Investigación y Educación en Enfermería*, 6(1).
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/22254>
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. (1ª. Ed.) Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Subdirección de Aseguramiento de la Calidad del Ministerio de Educación Nacional. (2018).
 Docencia Servicio.
<https://ascofapsi.org.co/pdf/apoyoacademico/ANEXO%20T%C3%88CNICO%20MINISTERIO-convertido.pdf>
- Todorov, T. (2017). *Mijaíl Bajtin: El principio dialógico*. Traductor Mateo Cardona Vallejo. (3ª reimpresión). Instituto Caro y Cuervo.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.
- Torres-Escobar, G. (2011). Más allá de la evaluación de las competencias del psicólogo colombiano: necesidad de un modelo de formación básico y común a nivel nacional. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(2), 121-133.
- Useche, B. (2020). *La Crisis de la Salud Mental y el Papel de los Psicólogos en la Pandemia de COVID-19 Pronunciamento del Colegio Colombiano de Psicólogos*. Carta del 30 de mayo de 2020 al presidente de la República de Colombia.

- Uribe Rodríguez, A., Aristizábal Motta, A., Barona Henao, A. y López Lesmes, C. (2009). Competencias laborales del psicólogo javeriano en diferentes áreas aplicativas: clínica, educativa, social y organizacional. *Psicología desde el Caribe*, (23), 21-45.
- Vaca Uribe, J., Aguilar Martínez, V., Gutiérrez Reyes, F., Cano Ruiz, A. y Bustamante Santos A. J. (2015). ¿Qué demonios son las competencias? Aportaciones del constructivismo clásico y contemporáneo. Instituto de Investigaciones en Educación. Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2015/07/Vaca-Uribe-J.-Que-demonios-son-las-competencias.pdf>
- Vera-Tangarife, W.E, Lemos, M. y Vásquez, A. (2020). Salud mental y calidad de vida en habitantes del barrio La Cruz, Medellín-Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 11(2), 505-529. <https://doi.org/10.21501/22161201.3218>
- Vianchá Pinzón, M., Bahamón Muñetón, M., y Alarcón Alarcón, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123.
- Witmer, L. (1907). Clinical Psychology. *Psychological Clinic*, 1, 1-9
- Wetherell M. y Potter, J. (1996) El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En A. J. Gordo y J. L. Linaza, J.L. *Psicologías, Discursos y Poder (PDP)*. (pp. 63-78). España: Visor.
- Yáñez, H. y Ortiz, A. (2015). Exploración del uso de las competencias académicas definidas en el proceso educativo y formativo en Psicología. *Psicogente*, 18(34), 336-350.
- Zambrano, C., Aroca, L. y Rosero, D. (2015). Autogestión en la red de agentes comunitarios en salud mental en las instituciones educativas del municipio de San Lorenzo (Nariño). *Psicogente*, 18(34), 351-363. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497551993010>

Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU
EMANCIPADOS)**

Lo invitamos a participar como voluntario/a en el proyecto de investigación "Formación y prácticas en psicología y salud mental", que está bajo la coordinación y responsabilidad de la profesora investigadora Maricelly Gómez Vargas, residente en la calle 48D # 68-70 en Medellín, Colombia. Este estudio está orientado por la profesora Dra. Mônica Lima de Jesús, de la Universidad Federal de Bahía, UFBA, Brasil, y que vive en la calle. Fonte do Boi, Ed. Arpoador, nº 26, apto. 203, Rio Vermelho, CEP: 41940360, tel: (71) 987883079, correo electrónico: molije@hotmail.com.

Este formulario de consentimiento puede contener información que no comprende. Si tiene alguna pregunta, pregúntele a la persona que lo está entrevistando para que tenga clara su participación en el estudio. Después de recibir las aclaraciones sobre la información, y en caso de aceptar ser parte del estudio, ubique las páginas y firme al final de este documento. Una de las líneas es para su firma y la otra es del investigador responsable. En caso de rechazo, no será penalizado de ninguna manera. También garantizamos su derecho a retirar el consentimiento para su participación en cualquier etapa de la investigación, sin penalización alguna.

SOBRE LA INVESTIGACIÓN: ➤ Descripción de la investigación: Este proyecto tiene por objetivo comprender las prácticas discursivas y sentidos producidos por profesores universitarios y profesionales en psicología que acompañan a estudiantes practicantes en dos universidades de Medellín, Colombia. Entre los métodos de recolección de datos, llevaremos a cabo una revisión integrativa, entrevistas

semiestructuradas, círculos de conversación, observación de actividades, supervisión compartida con profesionales de la salud, particularmente psicólogos. Presentaremos los datos registrados y grabados en diarios de campo, es decir, compilación de narraciones teóricas y empíricas para el análisis categorial temático. Utilizaremos además software de indexación de datos cualitativos (como Atlasti). Este trabajo está integrado al proyecto “Formación y actuación de los/as psicólogos/as y niveles de asistencia en salud”, coordinado por la Dr^a. Mônica Lima de Jesus, de “Laboratorio de Estudios Vinculares en Salud Mental (LEV) de la UFBA.

➤ RIESGOS directos para el/a voluntario/a: la investigación se realiza en la modalidad de bajo riesgo, porque aunque los contenidos cubiertos durante las entrevistas o talleres pueden generar movilización emocional en los/as participantes, enfatizamos que la participación sea voluntaria, la información recopilada es confidencial y en cualquier momento los/as participantes pueden retirarse. Además, el equipo de investigación está a su entera disposición, en cualquier momento, para proporcionar cualquier aclaración e información relacionada con la investigación.

➤ BENEFICIOS directos e indirectos para voluntarios/as: Este proyecto tiene como objetivo aumentar la calidad de las propuestas existentes y las que aún deben desarrollarse en la extensión universitaria y el apoyo institucional entre la universidad y los servicios de salud, consolidando asociaciones de pasantías y apoyo matricial. Además, como algunos de los métodos de producción de datos incluyen supervisión y talleres compartidos, continuará contribuyendo a la educación permanente de los profesionales involucrados y que acogen con satisfacción la investigación. Difusión de los resultados de la investigación: las conclusiones se presentarán en forma de artículos y publicaciones científicas disponibles para el acceso de la comunidad en general. La información en esta investigación será confidencial y cuando se divulgue en eventos o publicaciones científicas, no habrá identificación de los voluntarios, excepto entre los responsables del estudio, y se garantizará la confidencialidad sobre su participación. Los datos recopilados en esta investigación, y las entrevistas grabadas, se almacenarán en carpetas de archivos y en una computadora personal, bajo la responsabilidad del coordinador-investigador, en la dirección institucional,

indicada a continuación, en el Instituto de Psicología \ UFBA, por un período mínimo de cinco años. Seguiremos las reglas de la Resolución No. 510/2016, del 7 de abril de 2016, del Consejo Nacional de Salud, que prevé la realización de investigaciones en Ciencias Humanas y Sociales.

No pagará nada por participar en este estudio. Si es necesario, los gastos de su participación correrán a cargo del investigador (reembolso del transporte y la comida). En caso de dudas relacionadas con los aspectos éticos de este estudio, puede consultar el Comité de Ética en Investigación del Programa de Posgrado en Psicología del Instituto de Psicología de la UFBA, ubicado en: Calle Aristides Novis (Estrada de São Lázaro), nº 197, federación de vecinos. Salvador CEP 40210-909.

(Firma del investigador)

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR COMO VOLUNTARIO/A

Yo, _____, Número de documento _____, el abajo firmante, después de leer (o escuchar la lectura) de este documento y haber tenido la oportunidad de hablar y aclarar mis dudas con la investigadora responsable, acepto participar en el estudio "Formación y prácticas en psicología y salud mental", como voluntario/a. La investigadora me informó y aclaró debidamente sobre la investigación, los procedimientos involucrados en ella, así como los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación. Me aseguraron que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto conlleve ninguna sanción.

Lugar y fecha:

Firma del participante:

Anexo 2. Mapas dialógicos

Mapa Grupo A

Temáticas					
Cambios en pandemia	Fenómenos de SM	Actuaciones	Contexto formativo y de práctica.	Límites	Posibilidades
		L 86-88. Juan: me dijeron que si por qué no lo hacía con el servicio médico estudiantil y yo estaba, no, pues, yo no había terminado, yo estaba como en octavo, noveno semestre y me tocó dar una capacitación de trabajo en equipo			
		L102-103. Juan: más la atención de los familiares, un montón de cosas, hicimos unos trabajos muy interesantes allí.			
	L106-107. Juan: entonces ahí trabajábamos violencia intrafamiliar y toda serie de				

	fenómenos que se presentan entorno a las comisarías de familia				
		L115-116. Juan: entonces ahí empecé a estudiar con direccionamiento de personas, manejo de grupos			
		L122. Julio: el trabajo con los colectivos			
	L342-344. Yo: se ubiquen en ese momento de los staff con los estudiantes y traten de recordar alguna situación en particular o algún fenómeno en particular que ustedes puedan relacionar con salud mental				
	L360-364. Julio: me ha puesto en preguntarme el por qué los muchachos		L360-364. Julio: me ha puesto en preguntarme el por qué los muchachos sienten tan difícilmente llevadera el asunto de la		

	<p>sienten tan difícilmente llevadera el asunto de la práctica psicológica en términos de la clínica, uno encuentra que muchos, de la clínica individual, la mayoría de los muchachos le tienen terror a eso, no sé si es terror o si es respeto, pero en todo caso le sacan mucho el cuerpo a una actividad de ese orden</p>		<p>práctica psicológica en términos de la clínica, uno encuentra que muchos, de la clínica individual, la mayoría de los muchachos le tienen terror a eso, no sé si es terror o si es respeto, pero en todo caso le sacan mucho el cuerpo a una actividad de ese orden</p>		
	<p>L375-383. Julio: buena parte de los muchachos manejan unas cargas problemáticas bastante exigentes para con ellos en sus</p>		<p>L375-383. Julio: buena parte de los muchachos manejan unas cargas problemáticas bastante exigentes para con ellos en sus vidas personales, no por la gente son por su procedencia, por su situación material-física,</p>		

	<p>vidas personales, no por la gente son por su procedencia, por su situación material-física, digámoslo así que es muy difícil, muy exigente, muy compleja, yo diría que nuestros muchachos son relativamente muy cercanos, digamos, al perfil de la de Antioquia que son gente muy pobre, con muchas limitaciones, con muchas ganas también de sacar adelante su vida, su familia, en fin, con esos sueños tipo del ciclista ¿no?, del ciclista que</p>		<p>digámoslo así que es muy difícil, muy exigente, muy compleja, yo diría que nuestros muchachos son relativamente muy cercanos, digamos, al perfil de la de Antioquia que son gente muy pobre, con muchas limitaciones, con muchas ganas también de sacar adelante su vida, su familia, en fin, con esos sueños tipo del ciclista ¿no?, del ciclista que triunfa, entonces, le agradezco a mi papá, a mi mamá, mis patrocinadores por haberme dado la oportunidad.</p>		
--	---	--	---	--	--

	<p>triunfa, entonces, le agradezco a mi papá, a mi mamá, mis patrocinadores por haberme dado la oportunidad.</p>				
	<p>L385:388. Julio: es como la lucha de la gente por la existencia, pero, le tiene miedo a otras cosas, yo digo, es que, lo digo que es una especulación mía, que le tienen miedo a la clínica, como, no sé, como una expresión también de darle miedo, mirarse a nivel personal</p>		<p>L385:388. Julio: es como la lucha de la gente por la existencia, pero, le tiene miedo a otras cosas, yo digo, es que, lo digo que es una especulación mía, que le tienen miedo a la clínica, como, no sé, como una expresión también de darle miedo, mirarse a nivel personal</p>		
	<p>L395-396. Yo: ¿qué fenómenos o qué situaciones en particulares ellos nombran o</p>				

	ustedes nombran en esos espacios de staff que estén, pues, relacionados con salud mental?				
	L397-398. Julio: Yo diría que habitualmente está muy conectado con los asuntos de la vida familiar				
	L402-406. Julio: yo no sé si toda América Latina, pero en Colombia sí, porque la gente, la gente aparenta realmente que está muy bien cuando no lo está y buena parte de eso es lo que encontramos y encuentra en los muchachos				

	también y se asustan, porque, además hay toneladas de agresividades sobre el mundo infantil				
			L416-418. Julio: muchas veces les da dificultad separar su visión clínica de, de, de ese asunto solidario que todo ser humano carga que sufre y que, y es relativamente débil		
			L421-423. Julio: hacer trabajo de contención de los muchachos para tratar de que miren las cosas en perspectiva y que no se vinculen ahí o no se dejen llevar por su propia fantasmática		
			L432-434. Elizabeth: cuando los muchachos están en ese ejercicio de analizar casos, eh, y como, pues, digamos, en el proceso del staff, pues, se le, hay unos formatos, y en		

			esos formatos aparece un tema que es el diagnóstico		
	<p>L442-447. Elizabeth: hay dificultades relacionales o hay una situación socioeconómica, eh, o un problema, pues, como en un momento de la vida o el ciclo vital, pero ellos siempre son pensando y siento que se encartan cuando no hay la posibilidad de, de tener una patología y que acomodan, o sea, de alguna forma, como que tratan de acomodar el caso para que, para que encaje allí</p>				
	<p>L453-455. Elizabeth: me</p>		L453-455. Elizabeth: me uno, un poco también a lo		

	<p>uno, un poco también a lo que menciona Julio frente al tema de cómo a ellos los atraviesan los procesos ¿cierto?, y cómo a veces llegan ellos, por ejemplo, al staff desbordados</p>		<p>que menciona Julio frente al tema de cómo a ellos los atraviesan los procesos ¿cierto?, y cómo a veces llegan ellos, por ejemplo, al staff desbordados</p>		
	<p>L455-460. Elizabeth: muy afectados emocionalmente por los casos y que de alguna manera eso evidencia que ellos no han hecho procesos también personales, siento que no se han pensado desde ahí y que a veces ellos, es como el momento en que le dan a uno, voy a decirlo en términos que</p>		<p>L455-460. Elizabeth: muy afectados emocionalmente por los casos y que de alguna manera eso evidencia que ellos no han hecho procesos también personales, siento que no se han pensado desde ahí y que a veces ellos, es como el momento en que le dan a uno, voy a decirlo en términos que utilizaría Juan, le dan la papaya pa uno decir “muchachos, hay que trabajarse también”</p>		

	<p>utilizaría Juan, le dan la papaya pa uno decir “muchachos, hay que trabajarse también”</p>				
	<p>L466-467. Yo: Y en esos contextos que se denominan educativos hay algunas situaciones que se presentan relacionadas con salud mental</p>				
	<p>L475-477. Elizabeth: Bueno, mmmm, pues encontramos, por ejemplo, eh, pues en el trabajo que los muchachos hacen, por ejemplo, con niños y con adolescentes, pues, obviamente hay muchas</p>				

	situaciones, por ejemplo de soledad				
	L493-495. Elizabeth: creo que esa es una de las situaciones que más, pensando en esas causas que más afectan la salud mental de los niños y es el abandono				
	L507-510. Juan: siempre soy intentando cambiar el chip para marcar una diferencia entre los diferentes staff que voy dictando. En lo organizacional, bueno, siento, siento que hay un asunto de salud en la introducción, en la ejecución o desarrollo del		L507-510. Juan: siempre soy intentando cambiar el chip para marcar una diferencia entre los diferentes staff que voy dictando. En lo organizacional, bueno, siento, siento que hay un asunto de salud en la introducción, en la ejecución o desarrollo del mismo staff como tal		

	mismo staff como tal				
	L514-519. Juan: yo creo que si hay un espacio por excelencia que busque o que motive o que lleve a la salud mental es nuestro propio staff ¿cierto?, y de la manera como está configurado, incluso, por eso trato de ser muy cuidadoso al principio del semestre y presentarles a ellos los tres objetivos que para mí, pues, los tres objetivos del staff y después trato de evaluarlos al final, uno de ellos que me parece muy importante es		L514-519. Juan: yo creo que si hay un espacio por excelencia que busque o que motive o que lleve a la salud mental es nuestro propio staff ¿cierto?, y de la manera como está configurado, incluso, por eso trato de ser muy cuidadoso al principio del semestre y presentarles a ellos los tres objetivos que para mí, pues, los tres objetivos del staff y después trato de evaluarlos al final, uno de ellos que me parece muy importante es precisamente el espacio catártico		

	precisamente el espacio catártico				
	L521-525. Juan: porque los muchachos, eh, como ahorita lo mencionaba Julio, sobre todo los de primer semestre, los de segundo ya han pasado un poquito por ese camino, llegan con muchas expectativas, con muchas dudas, con muchas inquietudes, pero sobre todo con muchas angustias y con muchos temores		L521-525. Juan: porque los muchachos, eh, como ahorita lo mencionaba Julio, sobre todo los de primer semestre, los de segundo ya han pasado un poquito por ese camino, llegan con muchas expectativas, con muchas dudas, con muchas inquietudes, pero sobre todo con muchas angustias y con muchos temores		
			L540-546. Juan: las observaciones la han presentado los mismos cooperadores, cierto, cuando uno va a hacer la asesoría, les explica que son tres visitas y algunos dicen ¿tantos?, otros dicen ¡qué bueno!, otros		

			estudiantes se comparan con los otros y dicen pero ¿por qué tantas?, o, a nosotros ni siquiera, pues, texto o discurso de otros estudiantes de universidad, a nosotros ni siquiera nos piden el informe, proyecto y ya, en cambio acá, los muchachos, si hacemos una buena, pienso yo, un buen manejo desde el staff se sienten acompañados		
			L556-561. Juan: ellos valoran esos espacios para hablar, es muy interesante, muy bonito, ver cómo ellos ríen, lloran, bueno, no tanto gritan, a veces, pero era más en otros espacios, cierto, pero por lo menos la posibilidad de expresar eso, eso que sienten allí, cierto, y a través de eso aprender, cierto, que se vuelve parte del contexto, entonces, siento que es el staff una oportunidad de brindar o de potencializar la salud mental de nuestros estudiantes		
			L562-566. Juan: tenemos la oportunidad en su		

			debido momento de remitir, de enviar a otras instancias en la universidad, si encontramos algo allí que requiere una atención, incluso una recomendación que yo les hago al comienzo o que de manera particular he venido haciendo es qué rico o qué bueno empezar proceso		
	L573-575. Juan: yo les digo que ellos son agentes o posibilitadores de procesos, facilitadores de, de, de procesos dentro de lo organizacional y uno de ellos es el bienestar de los empleados, de los colaboradores, de los aspirantes L578-583: estoy hablando de un proceso muy típico que es el proceso de	L573-575. Juan: yo les digo que ellos son agentes o posibilitadores de procesos, facilitadores de, de, de procesos dentro de lo organizacional y uno de ellos es el bienestar de los empleados, de los colaboradores, de los aspirantes L578-583: estoy hablando de un proceso muy típico que es el proceso de selección, tiene que una gran responsabilidad de cumplir dos objetivos, ¿cierto?, uno, encontrar la persona más idónea			

	<p>selección, tiene que una gran responsabilidad de cumplir dos objetivos, ¿cierto?, uno, encontrar la persona más idónea para una organización, pero también ser responsable con la persona que escojo y escogerla de acuerdo a ese perfil, porque si no tengo en cuenta esos dos elementos, voy a ir en menoscabo de la calidad de vida y el bienestar físico, sobre todo, eh, mental de las personas</p>	<p>para una organización, pero también ser responsable con la persona que escojo y escogerla de acuerdo a ese perfil, porque si no tengo en cuenta esos dos elementos, voy a ir en menoscabo de la calidad de vida y el bienestar físico, sobre todo, eh, mental de las personas</p>			
			<p>L592-595. Juan: garantizar que los muchachos tengan unas horas que son treinta y seis (36) y no las cuarenta y ocho (48), pues, que las instituciones les</p>		

			quieren poner, donde los quieren ver como un empleado más, entonces, esa ha sido una pelea que, que a veces doy desde el staff		
			L601-606. Juan: uno encontrar estudiantes que se sienten supremamente estresados porque tienen que soportar o tienen que cumplir con una cantidad de procesos, cierto, como si fuera un empleado más, cosa que no debería ser así, cierto, por eso les digo que me ubico desde lo ideal. Para mí un estudiante en un proceso de práctica debería gozarse la práctica		
L621-624. Juan: en este semestre, podríamos hablar de uno muy puntual y es precisamente la pandemia y los procesos de cuarentena, a varios de nuestros estudiantes en práctica					

<p>organizacional le cambiaron las funciones y algunos les tocó dar apoyo y hacer seguimiento a los empleados que estaban haciendo teletrabajo</p>					
		<p>L627-631. Juan: empezar a intervenir a hacer zonas de escucha, eh, que le ofrecían a los empleados de las diferentes organizaciones, donde hablaban de situaciones que se podían esperar en este contexto como la ansiedad, como los temores, hacer procesos de psicoeducación frente al Covid 19, tuvimos estudiantes que incluso alcanzaron a hacer cartillas</p>			
<p>L635-638. Juan: la apertura de zonas de escucha a empleados y</p>					

colaboradores de las organizaciones, para hacer procesos de psicoeducación y acompañamiento en situaciones de, emocionales					
			L657-659. Julio: uno ya casi va construyendo una especie de vademécum para un poco de cosas y yo trato siempre de no pervertir los procesos de aprendizaje del estudiante en práctica		
			L661-663. Julio: cuando hay una situación y ellos se sienten emprobleados ahí, yo les pregunto ¿qué crees que deberías hacer?, pues, arranca por ahí y doy ronda, y hago ronda		
			L665-667. Julio: aunque me da mucha dificultad no decir nada, sobre todo cuando son situaciones que tocan, como decía Juancho ahora el asunto de lo catártico		

			L671-675. Julio: hay muchos momentos realmente que yo cierro con alguna cosa de la vida experiencial, práctica, propia, clínica, contándoles cómo lo viví yo y qué hice ¿cierto?, no para que sea el émulo, si no para que vean que hay diferencias en el procedimiento, no diciendo que lo mío es lo único y lo correcto, sino que lo que acabaste de pensar es correcto también		
			L678-679. Elizabeth: me uno a lo que dice Julio, siempre uno busca también que sean los mismos estudiantes los que busquen también respuestas		
			L681-683. Elizabeth: el espacio del staff busca que sea una construcción colectiva y desde ahí también las experiencias que los otros practicantes han tenido, de lo que ellos también han aprendido de otros docentes		
		L691-694. Elizabeth: el psicólogo hace parte de			

		una institución donde hay otros agentes que están también interactuando y apoyando, entonces ahí les digo ¿ya hablaste con la profesora?, cierto, ¿qué dijo la profesora?, ¿qué percepción tiene?, con la coordinadora, como buscar ese tipo de apoyo			
			L695-698. Elizabeth: que el psicólogo no trabaja solo en la institución educativa, pues, que a veces esa es la postura que asumimos, cierto, como yo, el súper héroe, el que voy y salvo a todos, no, o sea, hay un equipo de trabajo y a partir de ahí, pues, como ir siendo conscientes de eso		
	L708-713. Elizabeth: no solamente quedarme con el asunto de que el papá o la mamá no atiende el llamado, sino	L708-713. Elizabeth: no solamente quedarme con el asunto de que el papá o la mamá no atiende el llamado, sino que es lo que estará pasando ¿cierto?, qué otras cosas hay allí,			

	<p>qué es lo que estará pasando ¿cierto?, qué otras cosas hay allí, posiblemente es una mamá con muchos hijos y que es la única que trabaja, entonces, y está sola o hay unas situaciones de violencia en casa y de maltratos y obviamente esa mamá y ese papá no quieren ir a responder por ello</p>	<p>posiblemente es una mamá con muchos hijos y que es la única que trabaja, entonces, y está sola o hay unas situaciones de violencia en casa y de maltratos y obviamente esa mamá y ese papá no quieren ir a responder por ello</p>			
			<p>L718-720. Juan: estoy muy de acuerdo con ellas (risas), no, lo que pasa es que siento que hay como una unidad allí, o sea, también arranco con esa construcción grupal</p>		
			<p>L724-728. Juan: con lo que menciona un poco Eli y tiene que ver con el contexto, contextualizarlos y hacerles una pregunta</p>		

			<p>por su lugar y su ubicación o su en ese contexto, cierto, porque lo paso, pues, por mi posición desde lo individual o del rol como practicante, lo que se esperaría de mí</p>		
			<p>L731-734. Juan: hay algunos asuntos en los cuales sí tenemos que insertarnos en unas lógicas institucionales, ¿cierto?, entonces les hago mucho esta pregunta o los llevo mucho a que nos preguntemos eso porque encuentro esas posiciones de héroes o de todopoderosos</p>		
			<p>L736-740. Juan: trato de bajarlos un poquito y ubicarlos en lo real y en la humildad de nuestra función o así lo creo yo, ¿cierto?, entonces, lo que busco es ir o llevarlos a que sus intervenciones, sean intervenciones contextualizadas, en medio de lo normativo, en medio de lo institucional, pero en medio también de lo que se</p>		

			espera como en su rol como practicante		
			L741-744. Juan: entonces a su vez salen preguntas de lo técnico, ¿qué harías?, ¿quién activa ruta?, ¿cómo se hace esto?, ¿sí es prudente que tú hagas esto?, o es prudente que tú lo remitas, lo documentes, lo hables con la institución para que tomen decisiones al respecto		
			L744-747. Juan: En lo organizacional, ocurren cosas muy interesantes como, eh, puntualizarles que ellos no pueden firmar un proceso como tal, cierto, ¿por qué?, o podrían firmar siendo muy específicos y no hacerlo como psicólogos		
				L762-764. Julio: si una sociedad está anarquizada, está maltratada a todo nivel por sus dirigentes gubernamentales y por todos los semblantes de poder y de direccionalidad, es	

				una ciudad que tiene que estar enferma necesariamente	
		L766-768. Julio: resolver problemas de carácter económico, social y político, como el asunto macro, digámoslo así y me parece que esa es la tarea central de todos los que nos movemos en ciencias sociales			
				L773-775. Julio: es una familia disfuncional que tiene también una historia previa que la ha hecho disfuncional en sus componentes, en sus interactividades, en las dificultades y limitantes que la sociedad misma ofrece	
				L782-788. Julio: aquellas condiciones que pueden ser problemáticas por asuntos intrauterinos, cualquier otra razón, digámoslo así, que pueden ser mejor	

				<p>llevadas en unas condiciones de existencia digna, cuando la gente tiene una sociedad en la que se siente ubicada, en la que se siente, a la que se siente perteneciente, porque estas sociedades como las tenemos ahora son extrañas, porque son agresivas</p>	
				<p>L796-803. Julio: Desde que llegaron los europeos hemos estado bajo la coyunta de alguien, una primera vez colonial y ahora neocolonial. Pero, no sabemos, como saben los europeos, por ejemplo, qué es ser independiente. Con todos los horrores de las guerras que han vivido, pero son naciones y pueblos que viven la independencia de su hacer y de pasión, es muy distinto lo que</p>	

				<p>vivimos en América Latina, por eso entiendo la propuesta de Martín Baró como un asunto de privilegio, que los problemas económicos, sociales y de dependencia, ya.</p>	
				<p>L851-859. Juan: Porque es muy sencillo, o sea, la salud mental, intervenirla se vuelve complejo porque no es un asunto tan tangible como, como algunas condiciones propias de la salud física, por ejemplo, a uno lo incapacitan fácilmente desde lo médico porque está enfermo, porque tiene una condición física, pero ya no, pero no es tan sencillo incapacitarte porque tenés una condición de orden mental, por ejemplo, para que te incapaciten porque estás estresado o</p>	

				angustiado tiene que ser porque ya estás en un episodio agudo o complicado de estrés, por ejemplo, un estrés postraumático, pero cuándo te van incapacitar o por lo menos en este momento, porque estás angustiado	
				L877-881. Juan: sino pensar en la promulgación, se me escapa el numerito, pero en este decreto que habla o que menciona o que define la farmacodependencia como una enfermedad, ¿cierto?, todavía tenemos personas en el argot popular que hablan del vicioso, del degenerado, del conchudo, ¿cierto?, sin pensar en que o sin querer verlo como una enfermedad	
				L885. Elizabeth: Juan, ¿le puedo	

				agregar algo con eso que usted dice?	
				L888-892. Elizabeth: el enfermo es el individuo, entonces, si usted está depresivo es por culpa suya, por esos recursos personales que usted no tiene para afrontar eso que mencionaste y que mencionaba Julio, que es también como afrontar todas esas vicisitudes que tienen en el entorno y que como país afrontamos todos los días, ¿cierto?, las situaciones, pues, culturales y sociales	
				L906-910. Yo: ¿cuáles serían las limitaciones que existen y las posibilidades que existen para la actuación de los psicólogos y de las psicólogas en relación con esas situaciones de salud mental que	

				<p>hemos abordado en los diferentes escenarios?, qué consideran, son los límites, son las posibilidades de la actuación de los psicólogos en cada uno de esos contextos.</p>	
				<p>L911-913. Julio: la poca vinculación o la reducida vinculación de la lectura de nuestra sociedad en términos de las acepciones de lo psicológico y lo psicosocial</p>	
				<p>L921-924. Julio: esa costumbre, digamos, en hacer lo que el profe quiere y tratar de darle como, como un albedrio casi que por encima de cualquier como y mi propio deseo como practicante, darle rienda suelta al cumplimiento a lo que el profe quiere, porque lo que yo</p>	

				quiero es ganar el staff, ganar este espacio con una nota lo más alta posible.	
				L927-930. Julio: no han sido considerados de la manera suficiente, como por ejemplo, el arte y en todas sus expresiones, en lo escritural, la música, las artes plásticas, todas vinculadas con procesos diagnósticos interventivos	
				L975-977. Julio: porque los muchachos nuestros son artistas también, no son solamente psicólogos, muchos de ellos son músicos, son danzantes, son pintores, hacen una cantidad de cosas y eso lo mantienen oculto	
				L992-995. Elizabeth: me llama mucho la atención eso que hablaba Julio al final, creo que parte de eso	

				tiene que ver con lo institucional, hay una fuerte norma, norma social frente al asunto de que no se puede uno salir de los patrones, esquemas y teorías clásicas	
				L1001-1004. Elizabeth: el asunto de generar sinergia, pues, creo que es un elemento importante dentro de la práctica que se puede volver limitante o que se puede volver facilitadora, pues, dependiendo de lo que se logre y es entender que el psicólogo no trabaja solo	L1001-1004. Elizabeth: el asunto de generar sinergia, pues, creo que es un elemento importante dentro de la práctica que se puede volver limitante o que se puede volver facilitadora, pues, dependiendo de lo que se logre y es entender que el psicólogo no trabaja solo
				L1004-1011. Elizabeth: cuando estamos trabajando en lo institucional no trabajamos solos, es que el docente, el padre de familia, el coordinador, eh, la	L1004-1011. Elizabeth: cuando estamos trabajando en lo institucional no trabajamos solos, es que el docente, el padre de

				<p>vecina que lo cuida, pues, o sea, todas las personas que estamos allí, interactuando, por ejemplo, con un niño, con un adolescente, hacen parte del proceso y que tienen un papel tan importante como el del psicólogo, entonces, yo creo que es uno de los aspectos que yo resaltaría y que es cómo llegar a un espacio a entender que yo incluso como psicólogo soy el que genero esas sinergias</p>	<p>familia, el coordinador, eh, la vecina que lo cuida, pues, o sea, todas las personas que estamos allí, interactuando, por ejemplo, con un niño, con un adolescente, hacen parte del proceso y que tienen un papel tan importante como el del psicólogo, entonces, yo creo que es uno de los aspectos que yo resaltaría y que es cómo llegar a un espacio a entender que yo incluso como psicólogo soy el que genero esas sinergias</p>
				<p>L1023-1027. Juan: siento que a veces en cierto escenarios organizacionales el rol del psicólogo organizacional puede verse de manera muy reduccionista o muy</p>	

				limitado, cierto, en algunos contextos eso depende el tamaño de las empresas, la cultura, el conocimiento del rol como tal, piensan que el organizacional solamente selecciona	
		L1037-1041. Juan: el sesenta o setenta por ciento de mis estudiantes organizacional se han dedicado es a apoyar los procesos de selección, prácticamente, en las organizaciones, el quince o veinte por ciento, está dedicado a procesos de bienestar, el diez por ciento a procesos de, a diagnóstico e intervención de clima	L1037-1041. Juan: el sesenta o setenta por ciento de mis estudiantes organizacional se han dedicado es a apoyar los procesos de selección, prácticamente, en las organizaciones, el quince o veinte por ciento, está dedicado a procesos de bienestar, el diez por ciento a procesos de, a diagnóstico e intervención de clima		
					L1054-1059. Juan: siento que hay unas grandes posibilidades, yo siento que hay unas grandes posibilidades,

					<p>pero que pasarían por unas posiciones críticas, eh, que asuma el estudiante frente a eso, por unas posiciones y unas construcciones y unos aprendizajes o unos, eh, aprendizajes desde lo teórico, desde asumir con rigurosidad, eh, las teorías, desde ser muy críticos, desde poner en juego sus habilidades sociales</p>
					<p>L1068-1070. Juan: por eso pienso que hay unas grandes posibilidades allí que dependería de empoderar a estos muchachos, de darle los elementos, no solamente del</p>

					saber sino desde el ser
			L1070-1073. Juan: pienso que tocaría o nos llevaría a pensarnos en cómo los estamos preparando y no porque lo estemos haciendo mal, sino la pertinencia de ciertos contenidos en unos momentos específicos de la carrera		
			L1104-1109. Juan: dentro del grupo de docentes de práctica en los espacios de staff o incluso en los comité, Julio, ¿te acuerdas?, teníamos espacios que al principio yo creo que, yo creo que se veían como una carga más, pero yo por lo menos terminaba disfrutándolos, eran tiempos o espacios que posibilitaban el pensarnos, el discutir sobre ciertos asuntos, temas como éste		
			L1130-1132. Julio: porque los formatos son los que están manejando como el cuento de lo que hacemos, como un sustituto casi que		

			dicotómico, o es la palabra o es el formato, como de unos asuntos cuadriculantes		
--	--	--	---	--	--

Mapa Grupo B

Temáticas					
Cambios en pandemia	Fenómenos de SM	Actuaciones	Contexto formativo y de práctica.	Límites	Posibilidades
L14-17. Yo: como ha sido esta experiencia de orientar a los estudiantes en los momentos de staff usando la virtualidad a propósito de esta época de pandemia. ¿quien quisiera contar sobre esas experiencias este año?					
L23-28. Amparo: se incrementa más la autonomía y dar respuesta al análisis de casos desde lo teórico haciendo un ejercicio incluso más intensivo, porque considero que ello de no tener que perder					

<p>tanto tiempo en los traslados, que normalmente hacían que las personas no llegarán a clase o llegaran muy tarde, cambia, y a mí me generó un tipo de contacto incluso más directo utilizando la virtualidad</p>					
<p>L40-49. Amparo: ya no llegan los casos que llegaban en el 2019 que eran trastornos por la relación de pareja, trastornos depresivos leves, trastornos de ansiedad leves; sino que en el marco de la pandemia empezaron a llegar trastornos del sueño en el primer semestre, luego trastorno de ansiedad,</p>					

<p>trastorno depresivos en este segundo semestre, de 10 consultantes 8 con riesgo de suicidio se agravo la situación; lo que ha implicado cambiar el nombre de la capacitación en la fase del informe que es semanal para darles capacidad instalada a ellos, capacidad de respuesta, en cuanto a primeros auxilios psicológicos y atención en crisis, en cuanto guía de atención GAP, que les ayuda atender incluso más rápido, identificar-manejar y decidir</p>					
<p>L51-54. Amparo: creo que la puesta en marcha incluso</p>					

<p>académicamente cambió dadas las situaciones sociales, de salud mental, en temas de la virtualidad; entonces hemos tenido que ser más directivos y mucho más rápidos y ágiles en la forma de proceder</p>					
<p>L55-60. Amparo: el acompañamiento virtual ha sido que les ha dado soporte emocional, la posibilidad de no enloquecer ante la situación de la soledad que viven en sus casas, porque a la mayoría les tocó retornar a sus ciudades de origen, a sus pueblos de origen, lo que les ha implicado vivir</p>					

<p>de nuevo con esa familia, disfuncional en muchos de los casos presentaban conflictos, que ellos incluso habían huido al vivir en la ciudad con la excusa de ir a la universidad</p>					
<p>L66-74. Amparo: ahora era una imposición estar con toda la familia, más todas las necesidades de salud, cuando empezaron a contagiarse, cuando empezaron a tener problemas económicos severos, de pasar de 6 comidas al día a pasar a 3 comidas al día o 2, eh, de vivir rupturas amorosas porque ante la no presencialidad también se</p>					

<p>presentaron muchos duelos, muchas relaciones no soportaron hasta evidenciar en ellos mismos trastornos de ansiedad, de sueño y depresivos, entonces generarles a ellos apoyo y contención a través de esto también ha sido con el segundo esfuerzo, para sostener desde el acompañamiento de Staff virtual.</p>					
			<p>L76-82. Amparo: el STAFF con los estudiantes tiene dos funciones: Acompañar la atención de lo real, de lo que en el campo que han elegido se presenta, pero también está la contención emocional que es fundamental en la transformación que ellos</p>		

			<p>tienen de un psicólogo estudiante que se está formando a ya ser un psicólogo y en esa transformación estamos nosotros acompañando no en el modo de psicoterapia sino atendiendo esos emergentes que van sucediendo</p>		
<p>L85-88. Amparo: yo creo que ambos se han dado en la virtualidad pero con más intensidad porque la situación los ha puesto de cara a la aplicación en un campo específico, los puso al límite a atender toda una urgencia, a atender en zona de escucha, los pacientes y todo lo demás y, de cara a lo personal</p>					
<p>L93-94. Amparo: ha tomado más</p>					

<p>tiempo y hemos aprendido sobre todo en el segundo semestre a darle límite a eso porque se nos estaba juntando mucho el trabajo</p>					
		<p>L99-103. Linda: si bien mis STAFF son de educativa y alguno social, tengo algunos chicos que trabajan desde lo social, sin embargo, ellos también atienden casos, hacen acompañamiento, hacen psico orientación y ahí pues también aparecen ciertas circunstancias en la atención en crisis a los muchachos, a los papás, a los adolescentes</p>	<p>Linda: si bien mis STAFF son de educativa y alguno social, tengo algunos chicos que trabajan desde lo social, sin embargo, ellos también atienden casos, hacen acompañamiento, hacen psico orientación y ahí pues también aparecen ciertas circunstancias en la atención en crisis a los muchachos, a los papás, a los adolescentes</p>		
<p>L103-105. Linda: yo noto una gran diferencia entre el semestre pasado y este; el semestre pasado fue desgastante para</p>					

<p>los dos, es decir, para ellos y para mí como docente, porque fue un cambio muy abrupto</p>					
<p>L107-111. Linda: ese cambio fue muy traumático y muy radical, los desacomoda a ellos y a mí también, yo sentí que tenía más trabajo del que, y aún siento que tengo más trabajo, pues que le dedico más tiempo al trabajo del que debería y eso afecta mi estabilidad pues, porque es muy complejo, porque al menos yo que vivo en un aparta estudio</p>					
<p>L121-127. Linda: la intención del STAFF del semestre pasado fue arreglémosla</p>					

<p>con lo que tenemos sin tener que presionarnos demasiado y que ellos cumplieran con lo que tenían que hacer y hasta lo que la institución tuviera los alcance, porque son instituciones públicas, entonces son muchachos que no podían llamar... entonces, se creó más bien como hacer todo un trabajo para el próximo semestre, es decir, como hacer talleres y actividades, todo lo que tenía que ver con la virtualidad</p>					
<p>L129-134. Linda: eso fue más o menos lo que entendí y ellos también</p>					

<p>intentaron entender, de que no iban a poder participar con la comunidad como habían querido o como habían comenzado en febrero y la primera semana de marzo y se suspendió pues la presencialidad y por supuesto los miedos personales, el asunto de sus angustias, de su ansiedad frente al mismo COVID y sus circunstancias de encierro e incluso para estar 24/7 con las familias</p>					
<p>L149-154. Linda: Pero si es muy interesante como este asunto del semblante cambió, no es que yo haya... yo soy la misma, lo que</p>					

<p>pasa el que el cuerpo tiene una particularidad, el cuerpo presente y es que eso genera otro estado, me pareció interesante como la en la presencialidad ellos se incomodan mucho más y en la virtualidad ellos fluyeron más fácilmente con mi semblante.</p>					
			<p>L169-172. Linda: entre ellos mismos se hacían contención, yo a veces ni intervenía, cuando alguno llegaba en crisis, eh, yo pues hacía un poquito de silencio y llegaba otro y decía no mira, hace esto, hace lo otro y yo permitía que ellos mismos hicieran el ejercicio</p>		
<p>L173-174. Linda: al principio era mucha contención y este semestre</p>					

también distinto, porque siempre es la contención normal					
			L174-178. Linda: los STAFF tanto presencial como virtual, el primer mes es pura contención de angustia y ansiedad, como enfrentarse a la realidad de la práctica profesional y a la sensación porque cuando uno llega al 7to semestre u octavo semestre y yo llevo 7 u 8 semestres y no sé nada, y es normal que eso les pase		
L182-186. Linda: los STAFF en la virtualidad me ha parecido que ha sido interesante, me ha gustado, creo que ellos se han relajado a la hora de poder conversar más, precisamente conmigo, por ese lugar que les digo que tengo yo por ese semblante y					

yo también me he podido relajar más, que conozcan mi espacio, mi afición por la mujer maravilla					
	L480-41. Yo: ¿qué podrían contarnos de alguna situación que hayan vivido en sus momentos de STAFF con sus estudiantes que tengan que ver con salud mental?				
	L486-487. Linda: estaba cumpliendo un año de muerto su hijo, si, durante ese mes ella estaba muy mal		L486-489. Linda: estaba cumpliendo un año de muerto su hijo, si, durante ese mes ella estaba muy mal y por más que yo intenté indagar, yo sentía que era más una resistencia frente al STAFF, y un día se quebró, pues, es decir, dijo “no soy capaz de estar aquí”		
			L489-492. Linda: ¿Qué pasó conmigo que no me le acerqué que no pude ir un poco más allá de mi prejuicio “esa es de las que no cumple, no hace,		

			no quiere”? e hice una reflexión sobre mi quehacer, sobre porque no fui un poquito más allá		
			L498-452. Linda: hago al final un trabajo, como de introspección, de que hagamos una evaluación del STAFF, de ellos, de su proceso, de mi lugar como docente y la docente todo el semestre fue de esas estudiantes que uno dice “tan bueno, como trabaja de bueno, como hace de bien su trabajo, se proyecta en la comunidad” y todas estas cosas y ella me reveló que me odiaba (risas),		
	L506-510. Linda: eso es un momento de salud mental, ella se ve desde ahí y yo pues no sabía si reírme, yo no sabía cómo actuar en ese momento y yo le dije pues bienvenido eso si te permitió trabajar porque eso no tenía que ver conmigo, pero		L506-510. Linda: eso es un momento de salud mental, ella se ve desde ahí y yo pues no sabía si reírme, yo no sabía cómo actuar en ese momento y yo le dije pues bienvenido eso si te permitió trabajar porque eso no tenía que ver conmigo, pero si me llamó mucho la atención		

	<p>si me llamó mucho la atención en como ella se las arregló frente a ese malestar para poder afrontar cada semana esas dos horas conmigo y de cómo se estaba sintiendo</p>		<p>en como ella se las arregló frente a ese malestar para poder afrontar cada semana esas dos horas conmigo y de cómo se estaba sintiendo</p>		
			<p>L518-525. Clara: les recordé la premisa del STAFF, lo que se dice en STAFF se queda en STAFF y quiero saber que está pasando. Era una chica que obviamente era muy juiciosa en las entregas de todo, pero nunca se comprometía... o sea, cada vez que uno le preguntaba: “¿cómo le fue? ¿Qué pasó? Siempre al inicio del STAFF les indago, cómo se sintieron, que pasó; más por lo personal que por lo que me tengan que dar cuenta, ella siempre me decía: “No profe yo le voy a leer el diario de campo, yo le voy...” y yo: “Pero ¿cómo te</p>		

			sentís?”. Nunca hablaba como de su sentir		
	L525-526. Clara: Nunca hablaba como de su sentir y esta chica se detona ahí, en la historia que estaba contando la otra se ve reflejada en su historia		L525-526. Clara: Nunca hablaba como de su sentir y esta chica se detona ahí, en la historia que estaba contando la otra se ve reflejada en su historia		
			L532-536. Clara: ella dice yo nunca he ido a un psicoterapeuta y ahí se detona ella más, es que nunca he ido a terapia y ese es el temor, y bueno era acompañar esa parte y decirle: “bueno, vamos a comenzar un proceso, de buscar a alguien, se hace contención, el mismo grupo de compañeros le hacíamos contención, le hacíamos unas devoluciones y cambió totalmente		
	L549-552. Clara: y ahí logra detonarse y hablar y decir que él estudió psicología para darle gusto a sus papás, era una reflexión para todo el grupo y para él, que se		L549-552. Clara: y ahí logra detonarse y hablar y decir que él estudió psicología para darle gusto a sus papás, era una reflexión para todo el grupo y para él, que se llevara todo lo mejor así		

	llevara todo lo mejor así el no fuera a ejercer como psicólogo		el no fuera a ejercer como psicólogo		
	L557-561. Amparo: un caso de STAFF sobre un niño de 14 años con ideación suicida de una institución de Medellín y la chica presentó el caso obviamente sin nombre, pero con toda la descripción que ella hizo que estaba siendo abusado sexualmente, que el niño estaba presentando depresión, que el niño quería quitarse la vida				
			L567-569. Amparo: yo siempre les decía que la identidad de las personas no se nombran en los STAFF a fin de que protejamos, si, la identidad de las personas y fue, yo les decía que Medellín es muy pequeño		
	L570-574. Amparo: porque donde uno				

	<p>está, encuentra a alguien que lo conoce o alguien que es cercano a lo que uno nombra y la chica entró en crisis, empezó a llorar muy mal, desmoronada, pero yo no sabía porque, eh, luego entonces ella luego lo nombra en STAFF, yo creo que ese es mi sobrino ¿se llama así?, si, y cae en cuenta y entra en una crisis muy fuerte</p>				
			<p>L577-581. Amparo: Y empezamos a entrar en una reflexión sobre eso que no es la realidad del otro, sino que puedo estar yo implicado en esa realidad, entonces más allá de reconocer la salud mental en cada uno, porque yo siempre hago ese sondeo al iniciar STAFF, ¿cómo estamos? ¿si padecemos de alguna enfermedad mental?</p>		
	<p>L597-601. Amparo: entonces yo creo que</p>	<p>L597-601. Amparo: entonces yo creo que</p>	<p>L597-601. Amparo: entonces yo creo que</p>		

	<p>desde ahí también, ya desde un lado incluso más positivo es que se ha encontrado nuevas estrategias entre los mismos grupos que son para generar apoyo al apoyo, yo creo que es también el deber ser, no solo ponerlo en práctica sino atravesarlo también por la vida de los profesionales que se están formando</p>	<p>desde ahí también, ya desde un lado incluso más positivo es que se ha encontrado nuevas estrategias entre los mismos grupos que son para generar apoyo al apoyo, yo creo que es también el deber ser, no solo ponerlo en práctica sino atravesarlo también por la vida de los profesionales que se están formando</p>	<p>desde ahí también, ya desde un lado incluso más positivo es que se ha encontrado nuevas estrategias entre los mismos grupos que son para generar apoyo al apoyo, yo creo que es también el deber ser, no solo ponerlo en práctica sino atravesarlo también por la vida de los profesionales que se están formando</p>		
	<p>L614-624. Yo: Bueno, Amparo nos cuenta como una situación específica de un fenómeno en salud mental y en especial nos cuenta esta situación de suicidio o intento de suicidio en un contexto específico, eh, yo creo que de las tres hicieron tal vez un énfasis en pensar la salud mental específicamente en los estudiantes que asesoran, vamos a tratar de traer también</p>				

	<p>de pronto algunos ejemplos de situaciones de salud mental que se dan en el contexto de práctica porque entiendo que Clara y Linda han estado más con prácticas educativas, Amparo pues ahora con una práctica más en consultorio, entonces de pronto hablar un poco de esos ejemplos no tanto del lado de los estudiantes sino de esas situaciones que afrontan los estudiantes durante sus prácticas. ¿Qué podrían comentar así sobre algo relacionado con salud mental en esos contextos de práctica?</p>				
	<p>L625-626. Clara: he tenido algunos estudiantes que se han tenido que enfrentar a situaciones de ideaciones suicidas</p>				

		L639-642. Clara: fueron al consultorio que tenían o al salón que tenían para el chico, de oficina, estuvieron hablando más o menos hora y media, donde ya después hacemos la remisión, el acompañamiento, fue tanta la angustia del chico que él se ofrece con uno de los docentes para llevarlo a la clínica y poder pues hacer el trabajo			
	L644-647. Clara: En otra ocasión una chica estaba haciendo una práctica en un precolar y una de las docentes le dice, mire el niño está llorando mucho, que le duele la colita, lo lleva al baño, tiene un sangrado y le dice que el papá le metió una cosa				
			L653-656. Clara: se trabaja en el STAFF y obviamente lo que decía Amparo, es el		

			acompañamiento del apoyo al apoyo a pesar de que ya pues, que después se dan las recomendaciones de que venga, ¿usted está haciendo un acompañamiento individual?		
		L664-668. Linda: deben activar una ruta, porque además todos deberíamos hacerlo en el caso de que sabemos que es un asunto legal, cierto, todos como ciudadanos debemos hacerlo pero la institución le teme como este asunto de los pacheli, con este asunto de que mucho de los niños son hijos de un grupo armado, de estos combos y a veces la institución educativa se cura mucho en salud		L664-668. Linda: deben activar una ruta, porque además todos deberíamos hacerlo en el caso de que sabemos que es un asunto legal, cierto, todos como ciudadanos debemos hacerlo pero la institución le teme como este asunto de los pacheli, con este asunto de que mucho de los niños son hijos de un grupo armado, de estos combos y a veces la institución	

				educativa se cura mucho en salud	
			L683-689. Linda: el psicólogo o el rector o el docente o el coordinador de las instituciones les dicen no, no lo vamos a hacer y los hacen pasar por investigadores privados, les dicen indaguen, piense, no sé cómo si nosotros fuéramos investigadores privados, la primera norma que le dicen a uno es que usted no tiene que preguntar más, si hay una sospecha de abuso por supuesto hay que calmar muchísimas veces a los estudiantes porque muchas veces cualquier clase que tenga que ver con...		
			L696-701. Linda: no es que no indaguen sino que hay que ser muy buen observador y tener muy buena escucha, y no dejarse asustar de lo que viene del coordinador, del docente pero tampoco es pasarlo al otro lado de	L696-701. Linda: no es que no indaguen sino que hay que ser muy buen observador y tener muy buena escucha, y no dejarse asustar de lo que viene	

			esos síntomas y señales, de la confesión de lo que dice el otro de una sospecha de abuso, entonces creo que ha sido el tema permanente en las instituciones educativas que he visto a los estudiantes muy desbordados	del coordinador, del docente pero tampoco es pasarlo al otro lado de esos síntomas y señales, de la confesión de lo que dice el otro de una sospecha de abuso, entonces creo que ha sido el tema permanente en las instituciones educativas que he visto a los estudiantes muy desbordados	
	L708-711. Amparo: tuve una experiencia con una practicante que ya estaba terminando sus prácticas y había evaluado un niño de 8 años durante todo el semestre con ideación suicida, maltrato, era hijo de unos vendedores ambulantes de Medellín y ella había				

	advertido el riesgo de suicidio de este niño a la institución				
				L712-713. Amparo: todo el semestre la institución, a comisaría a los padres siempre se les decía que atendieran la situación pero los padres omitieron el asunto	
	L715-722. Amparo: Cuando este niño se suicida esta chica estaba precisamente en STAFF cuando le dan la información y fue contenerle en una crisis donde ella dijo, yo no voy a recibir ese título, yo no sirvo para eso, la psicología no alcanza para cubrir esos temas, fue un asunto donde ella se confrontó muy fuerte y donde yo también me confronté muy fuerte del lugar que ellos asumen con los		L715-722. Amparo: Cuando este niño se suicida esta chica estaba precisamente en STAFF cuando le dan la información y fue contenerle en una crisis donde ella dijo, yo no voy a recibir ese título, yo no sirvo para eso, la psicología no alcanza para cubrir esos temas, fue un asunto donde ella se confrontó muy fuerte y donde yo también me confronté muy fuerte del lugar que ellos asumen con los casos, igual yo le decía a ella, mire que		

	<p>casos, igual yo le decía a ella, mire que usted hizo lo que tenía que hacer, legalmente remitió, contuvo, de la mano de la psicóloga estuvo todo el tiempo acompañando</p>		<p>usted hizo lo que tenía que hacer, legalmente remitió, contuvo, de la mano de la psicóloga estuvo todo el tiempo acompañando</p>		
			<p>L744- 751. Amparo: empecé a aterrizar a mis estudiantes de lo que implicaba ser practicante y con las instituciones educativas cuando me mandaban a visitar, poner en su lugar a las instituciones, como bueno, si ustedes se ofrecen como agencias de prácticas ustedes tienen que garantizar un montón de asuntos y sino entonces no sirven, porque no vamos a poner sobre los hombros de un estudiante o sobre los de un asesor de STAFF la responsabilidad ética que todos tenemos que asumir en el acompañamiento a personas donde todos</p>	<p>L744- 751. Amparo: empecé a aterrizar a mis estudiantes de lo que implicaba ser practicante y con las instituciones educativas cuando me mandaban a visitar, poner en su lugar a las instituciones, como bueno, si ustedes se ofrecen como agencias de prácticas ustedes tienen que garantizar un montón de asuntos y sino entonces no sirven, porque no vamos a poner sobre los hombros de un estudiante o</p>	

			tenemos que articularnos para funcionar.	sobre los de un asesor de STAFF la responsabilidad ética que todos tenemos que asumir en el acompañamiento a personas donde todos tenemos que articularnos para funcionar.	
	L759-763. Yo: Por qué se da esa situación de hablar sobre algo respecto a la salud mental con las palabras que ustedes nombraron y ya los fenómenos de salud mental en las instituciones en los diferentes campos aplicados de la psicología mencionar esto otro sobre los trastornos en las situaciones difíciles. ¿Qué piensan de eso?				
	L770. Clara: La salud mental no es una condición sino una situación de preparación				

	<p>L781-784. Amparo: hace 12 años yo recuerdo que se hablaba de salud mental y siempre hablábamos de enfermedad mental, eh, no nos referíamos directamente al concepto del que se trabajaba, sino que un programa de salud mental se enfocaba en atender enfermedades mentales</p>				
	<p>L794-798. Amparo: Entonces creo que también cuando nos convocan a hablar del tema, aparecen suicidio, adicciones, también porque hay una falta de aplicación continua en el concepto de salud mental y la gente llega tan deteriorada a ciertos espacios que no queda más que hablar de lo que ocurre, del caos que hay frente a la salud mental, entonces</p>				

	vuelve y se voltea el discurso				
	L801-805. Linda: yo creo que Eli, si, tiene que ver con eso que estaba diciendo Eli. Creo que nosotros cuando pensamos la salud, la pensamos siempre con base en la enfermedad, entonces pensamos que la salud es la ausencia de la enfermedad, entonces por eso, eh, inmediatamente nos remitimos a la psicopatología, a todo los trastornos				
		L812-819. Linda: hemos aprendido que para trabajar ciertos asuntos que están ligados a la enfermedad hay que priorizar como se puede lograr, como se puede trabajar este asunto de la salud, cierto. Desde ahí creo que es la apuesta de nosotros, si usted habla con un			

		estudiante en los primeros estudiantes en los primeros semestres, inmediatamente el estudiante va a hablar en términos de enfermedad, no en términos de relación, de todas las palabras que nosotras decimos, es un aprendizaje que se hace en la práctica y en la lectura que uno hace del contexto y de la lectura que uno hace de la vida de varios pacientes			
		L831-832. Linda: los seres humanos piensan que la psicología todo el tiempo la salud mental se enfoca es a la problemática, no en la prevención de la problemática.			
			L846-850. Amparo: yo creo que esto hace mucha falta, porque solamente si sistematizáramos la experiencia que hemos tenido en tantos años de		

			acompañar estudiantes en práctica, generaríamos un conocimiento pedagógico, didáctico, incluso epistemológico de lo que implica ser docente de práctica que no es la misma docencia del currículum formal o de cátedra		
			L852-856. Amparo: yo no me suelto de ahí, porque para mí el espacio de STAFF es mi grupo de estudio, donde uno contrasta la realidad, las realidades, yo aprendo un montón de cosas cada semestre y con mis compañeros más porque uno ser asesor de prácticas, uno lo aprende con los colegas y con la relación con los estudiantes		
			L865-869. Amparo: yo no encontré un libro que me enseñará a ser profe de prácticas, yo no me referencio en un autor para decir desde aquí tomé como ser asesora, uno lo aprende como en		

			el día a día y yo escucho a Clara o escucho a Linda y digo, lo mío se parece a esto, a yo no soy así, pero uno aprende con el otro		
			L872-874. Amparo: creo que en los espacios de STAFF hace falta eso y creo que menos logística sino más un asunto de construcción también de ese ser docente de práctica y me gustó mucho verlas vivas		
			L875-879. Clara: Pues estoy con Amparo en muchas cosas que sentir, en que realmente una cosa es cuando uno prepara un tema para una clase tipo magistral y otra cosa es llegar al STAFF, la gente dice: “Ay, es que STAFF es muy fácil” y no, porque son 7, hay veces que hasta más muchachos, en este momento son 6 o 7 muchachos, donde todos se están preguntado una cosa distinta		

			<p>L885-888. Clara: en los STAFF uno aprende muchísimo de los estudiantes, lleva a que uno tiene que estar pendiente de los últimos detalles, de estar consultando, de estar indagando, de estar preguntando, de buscar respuestas, de hacer de pronto contención de situaciones que se presentan, contención al grupo, contención al estudiante.</p>		
			<p>L889-894. Clara: el STAFF representa otra parte de la cuestión académica y que no puede ser, si bien esta mediada por unos formatos, por unos formalismos, va mucho más allá de esos formalismos realmente y este espacio que la señorita Maricelly nos abre es muy rico, porque es también como un confrontarse y cuestionarse y evocar situaciones que</p>		

			<p>probablemente uno pasa por alto o no había caído en cuenta y, ver a las compañeras y escucharlas es muy rico de verdad</p>		
			<p>L902-907. Linda: Bueno, yo también estoy de acuerdo con ellas de que ser docente es aprender, es estar en proceso de aprendizaje todo el tiempo porque uno aprende, porque uno tiene que estudiar, aprende de los muchachos, aprende de las dinámicas institucionales, todo el tiempo está aprendiendo de cosas nuevas y el STAFF es eso, es escuchar el relato del otro y en ese relato hay cosas que yo puedo aportar pero que ellos también me pueden aportar a mí.</p>		

Mapa Grupo C

Temáticas					
Cambios en pandemia	Fenómenos de SM	Actuaciones	Contexto formativo y de práctica.	Límites	Posibilidades
L6-7. Robinson: tuve estudiantes en el campo organizacional y otro en el educativo, eh, básicamente implicó adaptarnos					
L10. Robinson: Básicamente lo que cambió fue la forma de planear el ejercicio					
L12-14. Robinson: en el ámbito organizacional la persona fue enviada a trabajar desde casa, entonces, habría que cambiar la perspectiva de pensar la práctica en términos de que ya trabajaba					

con mayor incidencia por objetivos					
L17-19. Robinson: En el ámbito del proceso educativo, eh, incluso se logró ampliar un poco más los alcances, porque el estudiante tenía pues un pregrado en temas de ingeniería de sistemas					
		L21-23. Robinson: acompañar a profesores para incorporar tecnologías a la mediación enseñanza – aprendizaje con los estudiantes, que en el caso de él eran de secundaria.			
		L24-28. Maria: yo estaba asesorando estudiantes de Caucasia en regiones y acá en Medellín. En Caucasia tenía	L24-28. Maria: yo estaba asesorando estudiantes de Caucasia en regiones y acá en Medellín. En Caucasia tenía estudiantes en el área		

		estudiantes en el área educativa y en social-comunitaria más específicamente; dos estudiantes en el área de la salud, pero que iban a hacer una participación en promoción y prevención desde una perspectiva más comunitaria	educativa y en social-comunitaria más específicamente; dos estudiantes en el área de la salud, pero que iban a hacer una participación en promoción y prevención desde una perspectiva más comunitaria		
L31-33. Maria: hubo como un replegamiento (sonríe y corrige la expresión), un repliegue y cómo que no se sabía qué hacer con los estudiantes, eh, estaban un poco abrumados con la situación digo yo					
		L42-44. Maria: las estudiantes alcanzaron a hacer como el diseño de un proceso para acompañar a madres gestantes desde un material			

<p>L51-54. Maria: lo que hicimos fue, eh, como tomarnos el espacio del trabajo grupal, eh, mmm... trabajar casos, bueno hacer algo que fuera práctico en donde ellos sintieran que estaban aprendiendo, pero al margen de lo que pudieran hacer con las instituciones porque fue muy difícil</p>					
<p>L62-64. Maria: Simplemente como que migramos las actividades a la parte virtual y hubo un acompañamiento muy interesante, los jóvenes respondieron tanto como a esta oferta grupal</p>		<p>L62-64. Maria: Simplemente como que migramos las actividades a la parte virtual y hubo un acompañamiento muy interesante, los jóvenes respondieron tanto como a esta oferta grupal como a la individual</p>			

como a la individual					
L66-69. Maria: ella tenía problemas de conexión y estaba haciendo las prácticas con la universidad en bienestar, entonces tuvo que, mmm, digamos proponer un apoyo desde la investigación, ella investigaba y les envía material a otros que desarrollaban los talleres o incluso que hacían consulta					
L73-74. Astrid: Al principio el impacto fue mucho en el proceso de adaptación, pero la agencia puso todos los recursos que tenía y fue muy efectiva					

L79-80. Astrid: solo que la conectividad de muchos estudiantes no fue la que esperábamos.					
L81-82. Astrid: me tocó acompañar mucho a mis dos practicantes porque para ellos el impacto de la pandemia fue muy fuerte					
L84-85. Astrid: pero ellos muy movidos emocionalmente, como creo que estábamos muchos pues					
L95-97. Maria: Lo que a mí me pareció abrumador, eh, no era tanto la situación, sino como se sintió el bombardeo de información.					

<p>L104-106. Maria: me sentía como muy cansada e incluso estuve pensando ¿yo si voy a ser capaz de hacer esto? (risa nerviosa) Al principio yo creo que era que había todo, esa sensación de lo nuevo</p>					
<p>L113-114. Maria: adoptamos una de esas plataformas y no era tan complicado</p>					
	<p>L161-164. Maria: una ciudad con mucha violencia, con pedidos muy de urgencia que tiene que ver con la crisis que causan algunos eventos y una preparación desde la universidad, eh, que no estaba centrada en eso porque estaba centrada en la atención en unas condiciones normales</p>				

		L293-295. Astrid: hacía asesorías y acompañaba los fines de semana los grupos de mamás, los grupos de alcohólicos anónimos, los grupos que había en la parroquia yo los acompañaba.			
	L304-305. Astrid: entonces sale la pelea familiar que llamen la psicóloga practicante				
	L435-444. Yo: Bueno, hay un tercer momento de este encuentro donde la idea es que retornando a eso que es el escenario del momento de las prácticas y de las asesorías que ustedes le hacen a los estudiantes, me gustaría saber si ustedes tienen de pronto así en mente algún recuerdo de un fenómeno de salud mental; miren que ya hemos hablado de				

	<p>salud mental desde muchas perspectivas de lo complejo que es el concepto, pero, pensemos ya ahora en fenómenos específicos, entonces en alguno de esos momentos de asesoría o de práctica de los estudiantes, ¿Qué podrían recordar como un fenómeno de salud mental, eh, así un ejemplo muy particular o varios ejemplos como quieran? ¿Qué se les puede ocurrir?</p>				
	<p>L445-447. Maria: Pues, es que estaba pensando Maricelly que... pues, que finalmente todo lo que hacemos pensando en esta amplitud tiene que ver con esto (sonríe), cierto, son fenómenos que tienen que ver con salud mental.</p>				
	<p>L448-451. Maria: a mí se me ocurre un</p>				

	ejemplo que a veces lo pongo con los estudiantes y tiene que ver con una practicante, eh, una joven que tenía una orientación muy cognitiva y era una chica con una personalidad de tener las cosas muy bajo control				
		L457-460. Maria: por el enfoque no hay problema porque normalmente lo que en el campo social comunitario hay que construir una visión x desde distintos lados y donde el problema mismo es la intervención.			
		L460-463. Maria: empieza a hacer su práctica y tiene las primeras consultas individuales, entonces ella me llama un día después de escuchar a varias mujeres de las que escuchó en crisis, porque ella no			

		entendía como las había escuchado			
	L466-468. Maria: eran mujeres que estaban en contextos barriales muy violentos y también dentro de la familia con mucha violencia, algunas como hijas otras como esposas o como compañeras				
	L472. Maria: había una con duelo.				
	L474-479. Maria: como el asunto de esperar como ciertos ideales para trabajar y encontrarnos con unos contextos en unas condiciones para ponerlo en término de la pregunta que tú nos haces, en donde lo que está afectado precisamente son esas condiciones de salud mental, eh, pues unas condiciones externas al mismo tiempo internas porque son unas personas que se han desenvuelto allí				

				L484-485. Maria: en términos de lo que los psicólogos ofertamos, pero también las condiciones de un contexto	
			L487-490. Robinson: cuando inicio un proceso de prácticas o de asesorías en investigaciones, trato de ubicar lo que a él le conecta con haber quería estudiar psicología y lo que ahora va a llevar en el contexto al que va a llegar, como para que el tema del propósito, del gusto esté ahí conectado		
			L515-517. Robinson: Me ha funcionado porque eso disminuye la angustia, para mi ese tema de la angustia del practicante		
			L523-524. Robinson: lo segundo es que siempre establezco un canal de comunicación permanente		
	L549-551. Yo: Robinson, tú has dicho				

	que has estado más en escenarios organizacionales, ¿en esos escenarios qué tipo de fenómenos relacionados con la salud mental aparecen, así como más frecuentemente?				
	L552-555. Robinson: dentro de la creación de empresas nosotros teníamos psicólogos clínicos acompañando los procesos, porque realmente es conectar el plan de vida de ellos con las capacidades y conocimientos que tienen	L552-555. Robinson: dentro de la creación de empresas nosotros teníamos psicólogos clínicos acompañando los procesos, porque realmente es conectar el plan de vida de ellos con las capacidades y conocimientos que tienen			
	L560-562. Robinson: la tolerancia a la frustración, la capacidad de adaptación, la resiliencia puesta en juego y que él tiene que dar su idea pero adicional a eso entender su personalidad para poder empatizar con				

	otras personas dentro de los equipos de trabajo				
	L566-569. Robinson: nosotros veíamos lo clínico como un tema de ¡ay! usted es un sujeto tiene un producto, un servicio vamos a montar una empresa, pero en el camino nos dimos cuenta que no es tan utilitarista la vuelta esa y que realmente lo que está poniéndose en juego es el deseo				
	L574-579. Robinson: Ahí desde lo clínico la salud mental está desde ese componente base que es que él pueda conectar su propósito de vida con su desarrollo profesional, pero hay otras condiciones, por ejemplo: el tema del síndrome del quemado; del tema de la comunicación que ellos establecen con otros; clima laboral,				

	muchas veces las afectaciones del clima laboral suceden de que uno de los integrantes del equipo tiene ciertas patologías				
	L584-589. Robinson: no es solamente el bienestar de esa persona que tiene esa patología sino también la afectación y todos, eh, las alertas que levantó en los otros coordinadores porque pensaron que esa persona era violenta y afecta el desempeño. Entonces lo que atraviesa la salud mental en la organizacional, más allá del campo, es que mientras haya un humano, hay alguien con el que trabajar la salud mental.				
				L.598-602. Yo: si para Maria en el escenario comunitario, para Robinson en el	

				<p>contexto de los trabajos organizacionales, ¿ustedes pueden dar cuenta de cuáles son algunos límites o también oportunidades de lo que es el ejercicio de la psicología para el abordaje de esos fenómenos de salud mental que ustedes están nombrando?</p>	
				<p>L614-616. Maria: las condiciones socioeconómicas que se desenvuelven las comunidades con las que uno normalmente trabaja desde una intervención psicosocial, bueno comunitaria</p>	
				<p>L626-629. Maria: es tal la precariedad, la precariedad en muchas de las</p>	

				condiciones económicas, educativas, eh; que la intervención comunitaria incluso ésta que era una atención psicológica pero en un contexto de otra intervención, eh, son muy limitadas	
	L630-634. Maria: estas mujeres tenían diagnóstico de depresión y uno las escuchaba y había muchos síntomas que si los asociamos en el DSM-5 dan para ese diagnóstico, pero que cuando uno escuchaba sus historias y en las condiciones en las que vivían uno se hacía la pregunta, ¿Si todos estos síntomas también tenían que ver con una repetición, cierto, de violencias?				
				L647-655. Maria: la intervención social-comunitaria	L647-655. Maria: la intervención social-

				<p>es muy paliativa porque no resuelve lo estructural que está generando estas dificultades de todo tipo y la de la salud mental entre otras; entonces siento eso que como que en este campo hay un discurso desde el empoderamiento, tiene que ver con esos asuntos pero las estructuras socioeconómicas no se pueden transformar y pienso que mucho de lo que hacemos queda en el discurso como límite, como posibilidad, eh, hay una cosa que siempre corroboro con estos procesos y es que cuando hay espacios de escucha y de lazos con otros para pensarse en otros</p>	<p>comunitaria es muy paliativa porque no resuelve lo estructural que está generando estas dificultades de todo tipo y la de la salud mental entre otras; entonces siento eso que como que en este campo hay un discurso desde el empoderamiento, tiene que ver con esos asuntos pero las estructuras socioeconómicas no se pueden transformar y pienso que mucho de lo que hacemos queda en el discurso como límite, como posibilidad, eh, hay una cosa que siempre corroboro con estos procesos y es que cuando</p>
--	--	--	--	---	---

				mundos posibles, hay cosas que se hacen posibles aun dentro de esos limitantes	hay espacios de escucha y de lazos con otros para pensarse en otros mundos posibles, hay cosas que se hacen posibles aun dentro de esos limitantes
				L661-663. Robinson: En el caso de lo organizacional incluso lo educativo, yo digo que la conceptualización de salud mental llega hasta donde la institucionalización lo deje y es triste manifestarlo, pero es así.	
				L672-677. Robinson: ¿Por qué digo que el límite está en lo institucional? Porque la organización muchas veces	

				manifiesta eso y las personas no son económicamente libres, pues muchos dicen es que los millenials si lo hacen, no, mientras que hayan responsabilidades económicas la gente no va a tomar una decisión de esas y uno conoce mucha gente insatisfecha en las organizaciones que lamentablemente están ahí porque les toca	
	L679-681. Robinson: su desmotivación para ir a trabajar empieza a afectar su esfera familiar, a tener problemas de vínculos emocionales y solamente el detonante es una condición laboral				
				L683-686. Robinson: cuando metimos a una	

				<p>profe que habla del tema del empoderamiento, de que haya el desarrollo de la subjetividad, en ese momento había una persona en esa secretaría que dijo, yo apruebo el emprendimiento pero para que produzca no para que le ponga una ideología a esto</p>	
				<p>L699-703. Maria: yo ahorita escuchaba los límites de los que hablaba Robinson, eh, él decía: hasta donde deje la institución (risas), eh, yo pensaba en cómo sentimos cuando trabajamos con ese otro tipo de comunidades que tienen límites mucho más allá de eso: porque si pensamos en un asunto político,</p>	

				entonces me hacía también pensar como en eso	
				<p>L706-712. Robinson: el asunto de la salud mental desde los distintos campos se puede entender diferente, pero todos tenemos el mismo problema y es como entenderlo, como ponerlo en práctica y como trascender eso que incluso la profe acaba de mencionar, no quedarnos en eso que la institución dice, sino tener la responsabilidad de trasgredir porque no, eso finalmente... trasgredir no es la palabra... es pensar en las personas que están en los procesos más que en lo normativizante que</p>	<p>L706-712. Robinson: el asunto de la salud mental desde los distintos campos se puede entender diferente, pero todos tenemos el mismo problema y es como entenderlo, como ponerlo en práctica y como trascender eso que incluso la profe acaba de mencionar, no quedarnos en eso que la institución dice, sino tener la responsabilidad de trasgredir porque no, eso finalmente... trasgredir no es la palabra... es pensar en las personas que están en los procesos más que</p>

				pueden ser las instituciones.	en lo normativizante que pueden ser las instituciones.
--	--	--	--	-------------------------------	--

Mapa Grupo D

Temáticas					
Cambios en pandemia	Fenómenos de SM	Actuaciones	Contexto formativo y de práctica.	Límites	Posibilidades
L3-5. Yo: cómo les ha ido haciendo las asesorías de práctica en medio de esta cuarentena, de este aislamiento social. ¿Qué me cuentas de eso? ¿quién quiere empezar?					
			L7-9. Naty: Al inicio, yo estaba asesorando práctica en el laboratorio de la universidad (prácticas desde el manejo de pruebas)		
L9-10. Naty: la estudiante tenía o tiene en este momento total resistencia a lo virtual					
L18-19. Naty: los estudiantes, a quienes estoy asesorando, se han					

adaptado bien a la práctica y a la virtualidad					
L23-26. Hernán: nos cogió en un término en el que habíamos iniciado el semestre anterior con la presencialidad, entonces después hubo como un quehacer, pues como una para y pensar, ¿qué va a suceder? Y pues lo que iba a suceder era bueno tomar decisiones					
L30-33. Hernán: una práctica clínica en contexto hospitalario con la IPS universitaria y era un grupo de 5 estudiantes y la presencialidad ahí, digamos acompañando a pacientes que estaban ahí en la clínica y de un momento a otro					

<p>entonces quitar esa posibilidad, eso fue una situación muy difícil para los estudiantes</p>					
<p>L35-39. Hernán: los estudiantes en un primer momento, pues digamos que ellos se negaban a que desde la virtualidad pues se continuara, además a pues porque claro la expectativa era una práctica que por supuesto era muy importante porque era la primera vez que se activaba una práctica clínica-hospitalaria en contexto hospitalario</p>			<p>L35-40. Hernán: los estudiantes en un primer momento, pues digamos que ellos se negaban a que desde la virtualidad pues se continuara, además a pues porque claro la expectativa era una práctica que por supuesto era muy importante porque era la primera vez que se activaba una práctica clínica-hospitalaria en contexto hospitalario y ellos digamos, los que se matricularon a esa práctica, se debían matricular entre comillas los del primer semestre de práctica</p>		
		<p>L53-57. Hernán: ahí nos tocó como elaborar una infografía, la elaboramos mi equipo, mi grupo, dirigida al</p>			

		equipo de enfermería y también preparamos como una guía desde la virtualidad de un trabajo grupal con el personal administrativo, digamos acompañando ante la situación de la pandemia y emergencia			
L60-63. Hernán: pero de cierta manera el objetivo que era la presencialidad y estar al tanto como de pacientes del caso clínico-hospitalario, realmente no se pudo dar de la manera que se había planeado dar					
L65-70. Hernán: entonces era también evidenciar como la virtualidad se enfrentaba a los diferentes contextos. Ahora bien, se mostraba					

<p>también como en un contexto como el público fue muy difícil para el practicante, porque no había maneras o formas para él poder tener un accionar directo con la población porque la mayoría de estudiantes no tenían acceso a internet</p>					
<p>L77-79. Hernán: fue un contexto muy difícil del de la educación pública y un contexto más favorable de la educación privada, lo que también revela las condiciones y circunstancias que es desde nuestro contexto de país</p>					
<p>L114-117. Helena: estuve incursionando en la virtualidad y encontrando unos</p>					

<p>denominadores comunes: el primer denominador la resistencia al cambio, el segundo denominador la vacilación tanto de los estudiantes en los cursos como de los estudiantes en las prácticas</p>					
<p>L130-133. Helena: Entonces fue muy gratificante y no por esto fue fácil: fue difícil porque los estudiantes se metieron en la onda de los trastornos depresivos, entonces es que yo tengo un trastorno de ansiedad generalizada, yo tengo un trastorno de pánico, etc.,</p>			<p>L130-133. Helena: Entonces fue muy gratificante y no por esto fue fácil: fue difícil porque los estudiantes se metieron en la onda de los trastornos depresivos, entonces es que yo tengo un trastorno de ansiedad generalizada, yo tengo un trastorno de pánico, etc.,</p>		
<p>L134-139. Helena: hicieron caso y estuvieron apoyados en su proceso terapéutico que pienso que fue de gran ayuda para</p>			<p>L134-139. Helena: hicieron caso y estuvieron apoyados en su proceso terapéutico que pienso que fue de gran ayuda para cada uno de ellos y en las</p>		

<p>cada uno de ellos y en las agencias de prácticas hubo muy buena relación con los coordinadores en el sentido del apoyo al estudiante, de un apoyo más acá de lo que deberían hacer de cumplir con un deber; pues estaba el apoyo moral, estaba el apoyo afectivo y la confianza porque a ellos se les juntaba con la salida de la universidad</p>			<p>agencias de prácticas hubo muy buena relación con los coordinadores en el sentido del apoyo al estudiante, de un apoyo más acá de lo que deberían hacer de cumplir con un deber; pues estaba el apoyo moral, estaba el apoyo afectivo y la confianza porque a ellos se les juntaba con la salida de la universidad</p>		
<p>L152-158. Helena: después de haber aprendido mucho, incluso una me dice que se quiere especializar en Telepsicología, en clínica individual porque le pareció muy bonito como también a través de la virtualidad se puede hacer un encuadre con un</p>					

<p>niño de 7 años, porque nos tocó un niño de 7 años a aprender cómo se hace un encuadre y no solo con el chico, sino con la mamá, el papá y un hermano adolescente, como respetar ese espacio porque la virtualidad tiene una cantidad de aristas que aprender</p>					
		<p>L210-211. Helena: era hacer evaluaciones neuropsicológicas toda la semana</p>			
		<p>L238-242. Helena: les cuento que hace 6 años me llamó Pacho Lopera, que está haciendo el ensayo clínico para la vacuna para el Alzheimer, me dijo que me necesitaba para psicoterapia de grupo, yo hice el trabajo, les pareció chévere y en este momento sigo con</p>			

		ellos en neurociencia atendiendo consulta de los familiares de los pacientes con Alzheimer			
		L272-274. Hernán: empezar a desarrollar las prácticas profesionales en acompañamiento y asesoría psicológica, unas prácticas un poco más clínicas, ahí en ese contexto para atención a desmovilizados y también para víctimas del conflicto			
	L334-347. Naty: comunidad silenciosa, una comunidad a la que siempre le están diciendo en el salón de clases, eh, usted trabaja solo, usted resuelve solo los ejercicios, usted lo hace solo y son elementos que van... y era a aprender porque a diferencia de ciencias sociales	L334-347. Naty: comunidad silenciosa, una comunidad a la que siempre le están diciendo en el salón de clases, eh, usted trabaja solo, usted resuelve solo los ejercicios, usted lo hace solo y son elementos que van... y era a aprender porque a diferencia de ciencias sociales que yo venía, entonces era			

	<p>que yo venía, entonces era el trabajo en grupo, la importancia del trabajo en equipo, la importancia de la comunidad académica, la importancia de socializar; no hay mayor aprendizaje que sentarse en la plazoleta en una jardinera a discutir teorías y casos con los compañeros, en ciencias exactas no. Entonces fue una confrontación de realidades interesante y como les digo con Fredy hicimos varios análisis de casos y desde la evaluación, desde allí empiezo a interesarme mucho por la evaluación no solo desde las pruebas, de hecho mis procesos siempre han sido desde la psicometría,</p>	<p>el trabajo en grupo, la importancia del trabajo en equipo, la importancia de la comunidad académica, la importancia de socializar; no hay mayor aprendizaje que sentarse en la plazoleta en una jardinera a discutir teorías y casos con los compañeros, en ciencias exactas no. Entonces fue una confrontación de realidades interesante y como les digo con Fredy hicimos varios análisis de casos y desde la evaluación, desde allí empiezo a interesarme mucho por la evaluación no solo desde las pruebas, de hecho mis procesos siempre han sido desde la psicometría, soy amante a las pruebas; pero eso que aprendí durante las prácticas</p>			
--	--	--	--	--	--

	<p>soy amante a las pruebas; pero eso que aprendí durante las prácticas de la evaluación clínica, desde la entrevista, desde la evaluación, desde la mirada de grupo, desde la mirada de contexto y no solamente sesgado por un instrumento como la prueba</p>	<p>de la evaluación clínica, desde la entrevista, desde la evaluación, desde la mirada de grupo, desde la mirada de contexto y no solamente sesgado por un instrumento como la prueba</p>			
			<p>L392-398. Naty: cada año es una experiencia diferente, cada proceso es diferente, cada estudiante es diferente, o sea la asesoría de prácticas siempre es diferente. No es como el curso que uno prepara y dice: unidad 1 esto, unidad 2 esto, unidad 3 y uno ya tiene como los recursos, más o menos estructurados muchísimas cosas, práctica no, práctica es un nuevo de cero, aunque tu ya tienes unos elementos, es</p>		

			nuevo de cero porque es unir la agencia, el estudiante, el propósito de la práctica, las expectativas de todos, entonces es un aprendizaje continuo		
	L638-640. Yo: De algo que les llamó la atención de ese espacio de la asesoría de sus estudiantes a propósito de una situación o de un fenómeno relacionado con salud mental				
	L646-652. Naty: en términos coloquiales se despachó contra la agencia, eh, porque le estaban dando tareas que no correspondían porque eso no era lo que le habían prometido, porque ella no se sentía siendo psicóloga, bueno, empezó a cuestionar un montón de cosas y la		L646-652. Naty: en términos coloquiales se despachó contra la agencia, eh, porque le estaban dando tareas que no correspondían porque eso no era lo que le habían prometido, porque ella no se sentía siendo psicóloga, bueno, empezó a cuestionar un montón de cosas y la asesoría de trabajo de grado se convirtió en		

	asesoría de trabajo de grado se convirtió en venga cuáles fueron sus expectativas y dentro de las expectativas había expectativas altísimas y lo que ella estaba confrontando eran sus expectativas frente a lo que estaban o lo que le estaban posibilitando la agencia		venga cuáles fueron sus expectativas y dentro de las expectativas había expectativas altísimas y lo que ella estaba confrontando eran sus expectativas frente a lo que estaban o lo que le estaban posibilitando la agencia		
			L654-656. Naty: en mi primer asesoría lo que hago es preguntarle a mis estudiantes es ¿cuáles son sus expectativas frente a la práctica, frente a la agencia, frente a su cooperador, frente a mi trabajo como asesora, frente a la universidad?		
	L658-677. Naty: hay crisis, pues se generan angustias de un pedido que hace la agencia y que no siente que tengan las competencias para		L658-677. Naty: hay crisis, pues se generan angustias de un pedido que hace la agencia y que no siente que tengan las competencias para llevarlo a cabo,		

	<p>llevarlo a cabo, cuando se desbordan en trabajo por falta de planeación o la dificultad para decirlo, entonces todo lo que solicita la agencia, ellos quieren atender de una o ese poner límites que eso va generando angustias, dificultades en estrategias de afrontamiento en los estudiantes y ha sido muy particular una dificultad, de venga un análisis: esta es la situación, esta es una situación real, ¿Qué puedo hacer? ¿cuál es la forma de responder ante esto? Yo creo que problemas de salud mental, de esos no he tenido casos más delicados que deba atender en práctica.</p>		<p>cuando se desbordan en trabajo por falta de planeación o la dificultad para decirlo, entonces todo lo que solicita la agencia, ellos quieren atender de una o ese poner límites que eso va generando angustias, dificultades en estrategias de afrontamiento en los estudiantes y ha sido muy particular una dificultad, de venga un análisis: esta es la situación, esta es una situación real, ¿Qué puedo hacer? ¿cuál es la forma de responder ante esto? Yo creo que problemas de salud mental, de esos no he tenido casos más delicados que deba atender en práctica.</p>		
	<p>L668-671. Helena: Mari, yo no sé si no te entendí la</p>				

	<p>pregunta, pero es que yo veo la salud mental en escena en todas partes, desde el saludo, pues en todas las situaciones para mí o no sé si estés preguntando por situaciones críticas del ejercicio asesorías de prácticas</p>				
	<p>L672-678. Yo: pero muy bien lo que preguntas porque cuando yo hago esa invitación de preguntarnos qué situaciones o fenómenos ustedes podrían resaltar de ese escenario de la asesoría de práctica del encuentro con el estudiante que están relacionados con salud mental, si tú dices que tiene que ver con el saludo es totalmente válido, si en últimas se trata de ver todas las posibilidades así</p>				

	como acabamos de ver esa diversidad de términos, entonces, en efecto son todas las situaciones que ustedes quieran destacar.				
	L679-680. Helena: Bueno yo resaltaría una situación en donde vi lo enfermos que estaban todos (risas)				
	L759-762. Helena: por eso digo que fue muy maluco porque lamentable este tipo de cosas genere semejante ruido, semejante escándalo en profesionales del área de la salud, yo esperé más ecuanimidad para el manejo de esta situación, entonces sinceramente esperé más, más ecuanimidad				
	L769-775. Hernán: ese sujeto empiece a entender de que puede tener una				

	<p>salud mental a pesar de que su contexto pueda ser muy dañino y, lo refiero de esta manera porque quizás en mi experiencia se presentó una situación, no en ese tono donde María Helena tiene esa anécdota de esa experiencia, que en principio eso sonaba como una situación muy complicada, pero que a la final no era tan complicada y que las personas se encargan de hacerlo mucho más complicado.</p>				
	<p>L777.785. Hernán: el estudiante con su primera práctica con un nivel alto de ansiedad debido pues a como iba a ser ese proceso, eso lo lleva un poco a la inseguridad, un poco de incertidumbre y del otro lado,</p>		<p>L777.785. Hernán: el estudiante con su primera práctica con un nivel alto de ansiedad debido pues a como iba a ser ese proceso, eso lo lleva un poco a la inseguridad, un poco de incertidumbre y del otro lado, digamos que la cooperadora o</p>		

	<p>digamos que la cooperadora o coordinadora de agencia como se le conoce hoy por hoy, eh, era una persona que estaba reemplazando el cargo de la que era oficialmente la coordinadora y también digamos que notoriamente lo que uno percibe con un nivel alto de ansiedad, como con una sensación de no manejar esos elementos - de eso que ahorita decía, hablaba María Helena de la tranquilidad, que puedas manejar ciertas circunstancias que lo ameritan o que pasan en la situación</p>		<p>coordinadora de agencia como se le conoce hoy por hoy, eh, era una persona que estaba reemplazando el cargo de la que era oficialmente la coordinadora y también digamos que notoriamente lo que uno percibe con un nivel alto de ansiedad, como con una sensación de no manejar esos elementos - de eso que ahorita decía, hablaba María Helena de la tranquilidad, que puedas manejar ciertas circunstancias que lo ameritan o que pasan en la situación</p>		
	<p>L813-816. Hernán: digamos que todo esto se va ligando como a un ejercicio de no salud mental,</p>				

	<p>precisamente porque dentro de la posición muy subjetiva desde cada punto de vista, va llevando a una situación de un problema muy grande del cual no había problema</p>				
			<p>L825-834. Hernán: dentro de un proceso de las prácticas profesionales de un estudiante, y dentro de esas características nos vamos a encontrar, en los cuales uno reitera como asesor y como docente es: haga su proceso de psicoterapia personal, el estudiante debe trabajar sus situaciones conflictivas, debe abordar esas situaciones de vida que también lo ponen en jaque en estas situaciones difíciles y que también pueden presentarse y realmente sucedía que se estaba poniendo en evidencia, se estaba poniendo en</p>		

			una situación muy de síntoma, unas características del estudiante, como característica de la coordinadora de la agencia, estaban poniendo en un conflicto que se sumergió como en algo muy grande que realmente pertenecía a subjetividades		
				L874-876. Yo: ¿en las organizaciones hay algunas limitaciones para que nosotros podamos llevar a cabo algunas prácticas psicológicas que aborden el tema de salud mental?	
				L878-880. Naty: las organizaciones están trabajando temas demasiado protocolarios, por ejemplo, medición de riesgo psicosocial	

				por protocolo pero no por intervención o prevención, sino que vea que yo si cumplí pero eso no tiene ninguna relevancia	
				L883-887. Naty: la ARL viene y sin leer contexto entonces hacen unas implementaciones que van en pro de la salud mental, ejemplo, vamos a diseñar la sala de bienestar pero no se ha hecho ningún análisis, ningún diagnóstico, entonces son elementos que no van a favorecer y eso va en detrimento del ejercicio que hace el estudiante de psicología	
			L898-904. Naty: es como organizaciones		

			que van en pro de cumplir unos estándares y unos protocolos pero que no entienden por qué y el para qué se hace, y con el estudiante es darle herramientas para actuar sobre eso porque él no es un simple observador, para eso está allá como psicólogo porque tiene todas las teorías y todos los elementos para poder hacer intervención y es como dotarlos de herramientas en el ámbito emocional		
		L904-906. Naty: análisis de perfil, una evaluación de desempeño, eh, formación organizacional, clima, cultura, todos los elementos para cumplir los protocolos pero sin que eso pase por una mediación			
			L908-913. Naty: la primera pregunta que		

			<p>yo hago es cómo está tu proceso individual: profe nunca lo he hecho, profe a mí nunca me ha pasado algo que me haga ir al psicólogo, profe no yo no creo que tenga que ir al psicólogo, yo he hecho mi proceso personal autónomo, como autónomo, ¡Jesús! No, como venga... (Risas), La psicología clínica lo tiene que atravesar a uno, atravesarlo completo</p>		
			<p>L918-925. Naty: yo sé que la teoría es completamente importante y fundamental uno conocer las técnicas pero es que uno tiene que atravesar como ser humano para poder sentarse a hablar frente a otro, pues desde todos los campos y entonces la psicología lo tiene que atravesar a uno completamente, pero desde la clínica me</p>	<p>L918-925. Naty: yo sé que la teoría es completamente importante y fundamental uno conocer las técnicas pero es que uno tiene que atravesar como ser humano para poder sentarse a hablar frente a otro, pues desde todos los campos y entonces la psicología lo tiene</p>	

			<p>parece muy complicada esa postura de que yo no necesito ir al psicólogo, ¿cómo vas a invitar a otro a que vaya a tu espacio? ¡pues, para mí, no tiene lógica! Pero carece de lógica y llegan con eso a práctica,</p>	<p>atravesar a uno completamente, pero desde la clínica me parece muy complicada esa postura de que yo no necesito ir al psicólogo, ¿cómo vas a invitar a otro a que vaya a tu espacio? ¡pues, para mí, no tiene lógica! Pero carece de lógica y llegan con eso a práctica,</p>	
			<p>L944-947. Helena: la primera tarea es distanciarse de la institución en la cual están haciendo prácticas, la institución puede estar loca, la institución puede estar equivocada entonces esa capacidad de muchos estudiantes de alienarse rápidamente con la institución</p>	<p>L944-947. Helena: la primera tarea es distanciarse de la institución en la cual están haciendo prácticas, la institución puede estar loca, la institución puede estar equivocada entonces esa capacidad de muchos estudiantes de</p>	

				alienarse rápidamente con la institución	
	L975-978. María H: entonces enséñele a este muchacho técnicas de estudio, pero veni de pronto él no necesite técnicas, de pronto él necesita decirte que se siente muy feo y que no sabe cómo acercársele a una mujer, que como se conquista una dama	L975-978. María H: entonces enséñele a este muchacho técnicas de estudio, pero veni de pronto él no necesite técnicas, de pronto él necesita decirte que se siente muy feo y que no sabe cómo acercársele a una mujer, que como se conquista una dama			
				L985-987. Helena: los límites son muchos, no sé si son producto del subdesarrollo, la pobreza, de la miseria sobre todo mental, pero si encontramos muchos límites en esta labor	
				L1003-1004. Hernán: Creo que en lo educativo hay muchas limitantes y creo	

				que la principal limitante es el mismo sistema como tal	
	L1042-1044. Hernán: hay un sujeto ahí que no ha podido resolver muchas situaciones de la vida o que está enfrentando múltiples conflictos como familiares, contextuales, comunitarios, etc.				
				L1074-1076. Hernán: son muchas limitantes que obviamente hay que sortear y que finalmente el proceso de acompañamiento pues es un papel de nosotros de decir e ir haciendo afirmaciones frente a esas limitantes	