

PEDAGOGÍAS CONTEMPORÁNEAS

ASUN PIÉ BALAGUER (COORD.)
MARTÍN CORREA-URQUIZA
ÁNGEL MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

SOLTAR AMARRAS

UNA INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL COLECTIVA



EDITORIAL UOC



13 h

Soltar amarras

Una introducción a la salud mental colectiva

Asun Pié Balaguer (coord.)
Martín Correa-Urquiza
Ángel Martínez Hernáez



EDITORIAL UOC

Directores de la colección Manuales (Pedagogías contemporáneas): Jordi Planella Riber y Asun Pié Balaguer

Diseño de la colección: Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya

Diseño de la cubierta: Natàlia Serrano

Pictograma de cubierta: Icono creado por Freepik de www.flaticon.com

Primera edición en lengua castellana: abril 2021

Primera edición en formato digital (PDF): abril 2021

© Asun Pié Balaguer (coord.), Martín Correa-Urquiza, Ángel Martínez Hernández, del texto

© Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya, de esta edición, 2021

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Marca comercial: Editorial UOC

www.editorialuoc.com

Realización editorial: FUOC

ISBN: 978-84-9180-811-4

La UOC queda facultada expresamente por el/la autor/a para digitalizar y publicar la Obra en un repositorio en línea que será accesible al público bajo licencias Creative Commons, incluyendo la licencia ReconocimientoNoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND), v.4.0 Internacional (jurisdicción internacional), que permitirá copiar, distribuir y transmitir públicamente la Obra siempre citando la autoría y la fuente, sin hacer un uso comercial y sin hacer obra derivada. Si la Obra es transformada, la obra generada estará sometida a una licencia Creative Commons similar o compatible con la licencia mencionada.

Asun Pié Balaguer

Doctora en Pedagogía por la Universidad de Barcelona y diplomada en Educación Social por la Universidad Ramon Llull. Es profesora/investigadora de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y forma parte del Grupo de Investigación CareNet. Care and Preparedness in the Network Society (IN3-UOC). Su trayectoria de investigación se centra en los estudios feministas de la discapacidad. Ha sido profesora invitada en la Universidad de Antioquia (Colombia), la Universidad Autónoma de México, la Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo (Pachuca, México), la Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense y Universidad Austral de Chile. Actualmente, colabora con el Instituto de Estudios Críticos 17 (México), la Universidad Rovira i Virgili, y con diferentes organizaciones sociales y educativas del tercer sector. Algunas de sus publicaciones se pueden consultar en: <https://www.researchgate.net>

Martín Correa-Urquiza

Doctor en Antropología de la Medicina y Salud Internacional por la Universidad Rovira i Virgili (URV), máster en Antropología por la Universidad Autónoma de Barcelona y licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Buenos Aires. Es profesor en el máster de Antropología Médica y Salud Global de la URV, y en la Universitat Oberta de Catalunya, así como profesor invitado en el máster de Estudios Avanzados en Exclusión Social de la Universidad de Barcelona. Es codirector y coordinador del posgrado en Salud Mental Colectiva (URV/FCCSM), y trabaja como investigador en diferentes proyectos vinculados a la URV y al Institut Català d'Antropologia. Es miembro fundador y coordinador de la Asociación S. C. Radio Nikosia. Sus líneas de investigación se centran en el campo de los procesos de salud/enfermedad, específicamente en la dimensión social del sufrimiento y en las estrategias profanas de aproximación al malestar. Es revisor y evaluador de revistas científicas internacionales, como la *Revista Physis de Saude Colectiva* (Brasil), la *Revista Salud Colectiva* (Argentina), la *Revista Runa* (Argentina), etc. Es miembro del MARC (Medical Anthropology Research Center). Ha ejercido como asesor internacional de la UNESCO y de

la Organización de las Naciones Unidas a través de diferentes proyectos relacionados con la salud colectiva y la prevención de la violencia. Algunas de sus publicaciones pueden verse en: www.researchgate.com

Ángel Martínez Hernáez

Doctor en Antropología por la Universidad de Barcelona (UB) y máster en Psiquiatría Social por la misma universidad. Ha sido profesor de la UB, y profesor/investigador visitante en varias universidades y centros de investigación de Europa, Estados Unidos y América Latina. Actualmente es catedrático de Antropología y director del Medical Anthropology Research Center en la Universidad Rovira i Virgili. Sus campos de investigación son la antropología médica, las políticas sanitarias en Europa y América Latina, la salud mental y las culturas amazónicas. Ha sido asesor de diferentes organismos públicos, entre ellos, del municipio de Porto Alegre (Brasil) y del VI Programa Marco de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud. Entre sus publicaciones destacan los libros *What's behind the symptom?* (2000), *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad* (2008) y *Síntomas y pequeños mundos* (2019).

Índice

Introducción	11
 Capítulo I. Implicación, complicidad y compromiso en salud mental	 15
Martín Correa-Urquiza	
1. Orígenes de la salud colectiva	15
2. ¿Y de qué hablamos cuando hablamos de salud mental colectiva?	22
3. Fundamentos para una aproximación colectiva	26
4. De la condición de impermeabilidad	30
5. Soltar amarras: un posicionamiento epistemológico para la SMC	34
5.1. Ciencia y sociedad	37
5.2. De objetos de la intervención a sujetos de procesos	42
6. De recuperaciones posibles	69
7. El lugar profesional I. La idea del riesgo, sus temores e inquietudes	73
8. El lugar de lo profesional II. Habitaciones / maneras de habitar	78
Bibliografía	83
 Capítulo II. Hegemonía, subalternidad y participación social	 87
Asun Pié Balaguer	
1. La lógica biomédica en las profesiones de lo social	89

2. La hegemonía de Gramsci.....	91
3. Lo contrahegemónico. Riesgos y posibilidades.....	96
4. ¿Pueden hablar los subalternos?.....	98
5. Agencia y microrresistencias	107
6. Territorios de lo posible.....	114
6.1. De la <i>immunitas</i> a la extitución	116
6.2. (Re)visitando los vínculos.....	123
6.3. Interpretar es comprender. ¿Educadores o hermeneutas?	127
7. Recorridos sobre participación social y salud.....	132
8. A propósito del 15M: nuevas formas de participación social	143
9. De estas otras formas de participación en espacios habitables.....	147
9.1. La politización del dolor.....	153
9.2. Cuerpos y espacio público	158
9.3. Procomunizar el cuerpo	159
Bibliografía.....	165

Capítulo III. Narrativas de aflicción. La interpretación antropológica en salud mental

Ángel Martínez Hernández	171
1. Interpretar, explicar, describir	174
2. ¿Cómo interpretar etnográficamente las narrativas de aflicción?	180
2.1. El punto de vista nativo	182
2.2. El mundo social.....	183
2.3. Enfoque descriptivo frente a enfoque prescriptivo	184
2.4. La posición de no saber.....	185
2.5. Sentido literal y sentido simbólico.....	187
3. Estrategias interpretativas	189

3.1. Las redes semánticas de malestar.....	189
3.2. Los modelos explicativos	192
3.3. Otras estrategias interpretativas.....	196
4. Narrativas y salud mental.....	196
4.1. El relato en la psicosis	197
4.2. Narrativas colonizadas	206
4.3. Función de las narrativas en salud mental.....	208
Bibliografía.....	210

Introducción

En la literatura que se utiliza mayoritariamente en materia de salud mental y aflicciones, el enfoque epistemológico se centra en una aproximación biomédica a partir de la cual se suele considerar la dimensión orgánica del individuo como eje central de toda reflexión sobre la problemática. Según esta concepción, una persona con problemas de salud mental sería el resultado, en parte, de una determinada disfuncionalidad orgánica manifestada en conductas disruptivas que deben ser corregidas. La intención desde la salud colectiva, aquí, es desentrañar las causas y las consecuencias en gran medida iatrogénicas de este tipo de articulaciones, y analizar las posibilidades de comprensión y abordaje que se abren al considerar el sufrimiento psíquico como un fenómeno de características, causalidades e itinerarios complejos.

Así, la finalidad será acercarnos a comprender la experiencia del sufrimiento mental como un fenómeno multidimensional que exige, a su vez, una tarea de complementariedad entre disciplinas, una apertura en los marcos conceptuales de referencia y una tendencia al ejercicio hermenéutico permanente. Al mismo tiempo, hay aquí una labor de análisis para desentrañar lo que pueden aportarnos tanto las narrativas y los saberes de los mismos sujetos del diagnóstico, como las disciplinas sociales en general a la hora de aproximarnos al sufrimiento psíquico, y a sus implicancias y consecuencias sociocomunitarias.

La salud colectiva es así un campo interdisciplinario de abordaje de los problemas estructurales e individuales relativos a la salud.

«De esta manera, decimos que la salud mental colectiva puede pensarse desde ese esfuerzo por una permeabilidad que nos acerque a la construcción participativa, colectiva, de la aflicción. Hablamos de una porosidad o condición de permeabilidad asumible como posición dispuesta a la coalescencia, a fundirse “en” y “con” otros marcos de aproximación y referencia, en favor de la generación de un contexto de posibles desde donde construir colectivamente los itinerarios para la recuperación. La salud mental colectiva emerge aquí como la necesidad de crear una estructura enunciativa, un marco de articulación sensible para sostener lo común en el campo de la salud. Hablamos de articular el abordaje desde un posicionamiento epistémico que devuelva a los procesos de salud, enfermedad y atención su evidente multidimensionalidad» (Martínez y Correa-Urquiza, 2017).

Por exceso a veces, por defecto en otras ocasiones, por omisiones o por insistir demasiado en lo que no va bien en otras, se deduce todo el entramado discursivo que aquí presentamos y que, en definitiva, plantea una propuesta. Es esta la que imprime un valor especial al texto, dado que, en cierto modo, viene a cubrir un vacío conceptual y epistemológico del campo de la salud psíquica, mental y emocional.

Podemos decir que algunos de los autores del material se adhieren a la necesidad de construir desde los márgenes, en esos territorios límite desde donde es posible iniciar las grandes transformaciones. El campo de la salud mental requiere constantemente de nuevas herramientas, nuevas reflexiones y pensamientos que lleven a un estar dinámico, acorde a la realidad social y humana de las personas que padecen este tipo de sufrimientos. Los autores se constituyen a la vez como actores de proyectos, recursos y, por qué no, también investigaciones que se abren a otras perspectivas sobre el tema y que están teniendo resultados

interesantes en la recuperación de un mejor estar para las personas diagnosticadas. Es justamente esta experiencia acumulada la que se ha recopilado aquí en forma de material didáctico. Un saber, pues, dispuesto para compartir en procesos formativos.

Por todo ello, en el capítulo I nos introduciremos en el concepto de *salud mental colectiva* situando sus orígenes, fundamentos y nociones básicas. Este primer recorrido, como decíamos, planteará la justificación de un giro epistemológico, y los tipos de comprensión y gestión del sufrimiento mental acorde con él. En su desarrollo, pensaremos la realidad del sufrimiento mental desde una perspectiva dinámica y abierta, asumiéndola como una entidad no estanca, sino movediza, entretejida a los cambios sociales y culturales que de muchas maneras la definen, la expulsan o acogen.

En el capítulo II se trabajarán los conceptos de *hegemonía* y *subalternidad*, como ejes que nos permiten comprender las cuestiones del poder y la resistencia en lo que refiere a la salud y la enfermedad. En continuidad, se presentarán también los temas de la participación social, la politización del dolor y la construcción de lo común como herramientas posibles para un mejor estar de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Se trata de una contribución orientada a pensar el modo de generar otros espacios donde trabajar la problemática mental de un modo que abra nuevas significaciones. Se sitúan, por tanto, herramientas que en su condición de comunitarias pueden contribuir a una mayor agencia de los sujetos concernidos.

En el capítulo III se introducirá la importancia de las narrativas de aflicción. Como se verá, narrar la experiencia significa crear sentido sobre esta, pero también establecer un vínculo con un potencial intérprete. Esta narrativa y esta construcción de significado tienen una fuerte particularidad local que condiciona

la propia trama narrativa. Comprender esta dialéctica será uno de los objetivos de este capítulo.

En síntesis, la obra fundamenta el necesario giro epistemológico en materia de salud mental, ofreciendo para ello herramientas conceptuales de análisis y acción que contribuyen a facilitar una gestión colectiva del sufrimiento mental más acorde con la complejidad del fenómeno.

Capítulo I

Implicación, complicidad y compromiso en salud mental

Martín Correa-Urquiza

En este capítulo intentaremos analizar lo que llamamos *salud mental colectiva*: cuáles son sus orígenes epistemológicos, sus prácticas y sus aplicaciones posibles en el contexto actual. Por otro lado, planteamos una reflexión sobre las condiciones de existencia de las personas con sufrimiento mental, e intentamos una propuesta de abordaje a la cuestión partiendo de la complejidad que la funda y la constituye.

1. Orígenes de la salud colectiva

La noción de salud colectiva es heredera de las prácticas que, bajo esta concepción, vienen sucediéndose desde hace más de treinta años en algunos sectores de Latinoamérica. Prácticas que encuentran un sustento teórico y práctico en autores como Jaime Breihl, Hugo Spinelli, Mario Testa, Edmundo Granda y Ricardo Burg Ceccim, entre un largo etcétera, y cuyo principal objetivo era y es reconceptualizar la noción científica de salud, para luego pensar la idea de enfermedad y sus aproximaciones posibles desde una perspectiva que pueda incluir —como factores determinantes— la dimensión estructural histórica, cultural y social de individuos y grupos, así como sus construcciones subjetivas respectivas.

La salud colectiva nace de la necesidad de cuestionar los métodos y las prácticas que venían realizándose bajo el paraguas de la salud pública, y surge precisamente ante la necesidad de pensar al individuo ya no como objeto de intervenciones de los saberes técnicos, sino como sujeto activo en la construcción colectiva de una terapéutica individual y social. En este sentido, si lo público había sido tradicionalmente el resultado de lo elaborado para todos y todas desde una estructura de saberes expertos, la idea de lo común que tan bien define a la salud colectiva sería lo que resulta de lo que es elaborado entre y desde todos y todas.

Al mismo tiempo, el nacimiento de esta corriente coincide con un periodo histórico en el que las ciencias sociales conquistan una cierta legitimidad para focalizar su atención en el análisis de los procesos de salud/enfermedad. Esto no necesariamente tuvo la intención de poner en jaque los presupuestos biomédicos en términos de su efectividad (como en muchas ocasiones se temía), sino que cuestionaba el abordaje de estos procesos desde una unidimensionalidad biomédica que, por un lado, invisibilizaba toda dimensión sociocultural y socioeconómica y, por otro, impedía un abordaje atento de la extrema complejidad sustancial de los fenómenos relativos a la salud/enfermedad. En otras palabras: la efectividad y los avances del modelo biomédico hegemónico (Menéndez, 1984), que son en parte incuestionables, no deberían cegarnos frente a las cada vez más frecuentes consecuencias iatrogénicas del hacer biomédico, a partir del momento en el que este se supone a sí mismo desde una reiterada omnipotencia.

Es inevitable pensar, por lo tanto, que desde una aproximación colectiva al campo de la salud/enfermedad como la que estamos intentando definir aquí, el abordaje debe incluir la atención en los diferentes aspectos que entran en juego, y articularse poniendo el énfasis en las dimensiones del universo de lo biológico, lo *psi*

y lo socioantropológico. En todo caso, podemos partir de la idea de que, si el primero propone recetas para un cuerpo objetivado y sus disfuncionalidades, el segundo y el tercero son quizás responsables, en primer lugar, de la continua problematización de esas recetas, entendiendo esta cuestión como el análisis de las condiciones sociales y culturales que operan en la definición, la articulación y recepción de los protocolos médicos, y sus probables consecuencias en la dimensión de la salud. Por otro lado, el campo socioantropológico sería, a la vez, un agente abocado a analizar, reflexionar y poner en valor aquellas otras estrategias que entran en juego a la hora de hacer frente a los procesos de salud/enfermedad y que no necesariamente coinciden con las propuestas por el modelo biomédico, pero que están ligadas a factores sociales, culturales, históricos y subjetivos del individuo, del grupo y de la comunidad en las que se inscriben.

Mónica Liborio (2013, págs. 136-141) nos recuerda que, en Latinoamérica:

«La expresión salud colectiva surge a fines de la década de los años setenta, con la perspectiva de construir un paradigma renovado “de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva y social” que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que converjan en el campo de la salud».

Hablamos de un paradigma que sobre todo recupera algunas ideas de la llamada medicina social del siglo XIX en Europa, que busca comprender, concebir el carácter y la determinación social en el proceso de salud/enfermedad, «lo que conlleva incluir la historicidad en dicho proceso» (Liborio, 2013). Silva Paim y Almeida Filho, citadas por Liborio (2013, págs. 136-141), definen la salud colectiva:

«[...] como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. De esta forma la SC se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras».

La salud colectiva es pensada, entonces, en términos de «terreno de prácticas» sometido al escrutinio constante, tanto en la medida de sus aplicaciones, como en los modos a partir de los cuales estas operan. Decíamos anteriormente que dicha corriente implica una reconsideración de la noción misma de salud, y al respecto es bueno recordar al doctor Hugo Spinelli, cuando en una conferencia en la Universidad de Lanús (Argentina) afirmaba aquello de que la salud no tiene que ver necesariamente con la medicina. La medicina emparcha lo que lo social ha roto. Así, otorgar toda la responsabilidad y la jurisdicción sobre este campo al modelo biomédico, implicaría la negación o el desconocimiento parcial de esos otros factores como determinantes.

Tanto la salud como la enfermedad suceden en la vida, se construyen y deconstruyen en la cotidianidad de los sujetos, en sus contextos y circunstancias, y en sus maneras de ser percibidas, y es allí donde debemos rastrear detalles que nos permitan pensarlas.

En esta misma línea de análisis, Eduardo Menéndez suele proponer, en sus clases y conferencias, que las enfermedades pueden entenderse como indicadores claros de las contradicciones de un sistema. Quizá por todo esto, o desde todo esto, la salud colectiva entiende los procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva que, si bien incluye los saberes biomédicos, ubica el foco

de atención en las condiciones estructurales o materiales que actúan como determinantes, y en las particularidades relativas a las construcciones subjetivas de los individuos. La vida social y en nuestro caso los procesos de salud/enfermedad son, por lo tanto, mantenimiento, ya no como una cuestión exclusivamente médica sino que nos abren un nuevo e interesante terreno de problematización que se articula desde el compromiso a producir un tipo de conocimiento que se materialice en acciones convocadas a eliminar las desigualdades sociales en salud.

Everardo Nunes, citado por Ricardo Cessim (2007), define la salud colectiva desde una fundamentación en la interdisciplinariedad:

«[...] posibilitadora de la construcción de un conocimiento ampliado de salud y en la multiprofesionalidad como forma de enfrentar la diversidad interna al saber/hacer de las prácticas sanitarias».

Y si bien ambas cuestiones deben considerarse como esenciales en todo proceso de construcción de la salud, sucede que, en ocasiones, al hablar de multiprofesionalidad e interdisciplinariedad en cierta manera continuamos recluyéndonos en un modelo que prioriza saberes expertos y excluye, al hacerlo, aquellos saberes que resultan de habitar el cuerpo y la experiencia de la aflicción: los saberes profanos (Correa-Urquiza, 2015). Hablaremos de ello más adelante, pero es necesario preguntarnos si una aproximación que no contempla la construcción subjetiva de los afectados en torno a su proceso —más allá de la posibilidad de enunciación del síntoma—, que no le otorga espacio como discurso legítimo y en igualdad de condiciones en relación con los saberes expertos, puede considerarse colectiva.

A nuestro entender, no existe lo colectivo si no es entendido como resultado del encuentro complementario —y en ocasiones

evidentemente conflictivo— entre perspectivas legas y expertas en simetría; lo que estaría íntimamente ligado a un posicionamiento que sitúa en igualdad de condiciones la pretendida objetivación biomédica del cuerpo enfermo, por un lado, y la experiencia/percepción subjetiva de los acontecimientos en el mundo vital (Good, 2003) de los individuos, por el otro.

En este sentido, Eduardo Menéndez (2005) plantea la cuestión de la salud/enfermedad como un constructo tanto individual como social, en el que fluctúan concepciones relativas a la elaboración o metabolización emocional del sufrimiento, y a las decisiones que nos llevan a buscar una u otra opción de cura o mejora. Los procesos de salud/enfermedad/atención¹ no pueden ser entendidos como fenómenos complejos sin considerar tanto el campo de las enfermedades objetivas, como el de las significaciones culturales y sociales otorgadas que determinan las formas del sufrir, el tipo de cuidados implicados, las maneras de abordar esos padecimientos, etc.

Edmundo Granda, ecuatoriano y otro de los representantes de la salud colectiva en Latinoamérica, se preguntaba en un artículo del 2004:

«¿Qué es la salud colectiva, hoy? Pues, es ante todo, creo yo, un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado la salud pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia sociopolítica, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar

1. SEA, según Menéndez (2005).

la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer de que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada salud colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento, porque en última instancia es crear «aquello» que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos.

A nuestro entender, y continuando con el campo de las definiciones, la salud colectiva (SC) estaría más ligada a la necesidad de construir un contexto de posibles, aquel «terreno de prácticas» que se abra, ahora, a una participación transversal, consensuada, colectiva y complementaria.

En otras palabras, la SC se origina ante la necesidad de crear una estructura enunciada para sostener lo común en el campo de la salud. Hablamos de articular el abordaje desde un pluralismo epistémico que nos permita aproximarnos a la realidad de los procesos de salud/enfermedad atendiéndolos en su evidente multidimensionalidad. Al mismo tiempo, al hablar de ese pluralismo epistémico, hacemos referencia en parte a un compendio, a un conjunto de conjuntos que lo constituyen y donde es necesario analizar cómo se articulan las relaciones entre saberes, disciplinas e individuos, lo que incluye de manera determinante ahondar en las lógicas del poder subyacentes a todo proceso social y específicamente a todo proceso de construcción de la salud.

Partimos de la base entonces de que fue y es necesario repensar no solo a qué llamamos salud, sino cuál es el abanico de elementos que tomamos en consideración al pensarla. Cuáles

son los determinantes que la construyen o contribuyen en su afectación, y de qué manera operan en todo el proceso.

2. ¿Y de qué hablamos cuando hablamos de salud mental colectiva?

Aquí, en este apartado, en esta reconsideración que realizamos ligada al contexto europeo y centrada específicamente en el campo de la salud mental, si bien somos deudores innegables de aquellas ideas que nos llegan desde el sur, al mismo tiempo nos reconocemos en la opción de centrarnos tanto en la necesidad de generar un cierto tipo de contexto de prácticas posibles, como en la de pensar la salud mental colectiva (SMC) en términos de marco de referencia, como una manera de aproximarse al campo y a las situaciones de aflicción vivida.

Para nosotros, aquí la salud mental colectiva implica sobre todo un cierto tipo de posicionamiento epistemológico a partir del cual materializar el abordaje de la salud. Un posicionamiento que se reivindica en el pluralismo y en la complementariedad de saberes y conocimientos, articulada desde una horizontalidad clara y necesaria. Es un marco de referencia, un estado de alerta, una invitación al ejercicio hermenéutico como elemento inexorablemente ligado a la práctica cotidiana.

De esta manera, la idea implica pensar la salud en términos de laboratorio, en términos de producción de prácticas y significaciones que sean en tanto resultado del mismo proceso. En la SMC hay poco de técnica adquirida, de protocolo pautado y establecido —eso quizá corresponda a cada una de las disciplinas o los saberes que entran en juego en este ámbito—; hay, en cam-

bio, una apertura a un cierto posicionamiento hacia el ensamble, hacia el encuentro con el otro para entender la salud a partir de esa complejidad inevitablemente dialéctica.

A nuestro entender, la salud se crea en el proceso, se diseña y actúa en el encuentro. La salud mental colectiva es aquí definible a partir de una cierta hermenéutica de las relaciones entre los diferentes sujetos que operan en la construcción de la salud. Y por lo tanto es múltiple, mutable, dinámica.

A la vez, la propuesta se centra en la necesidad de trabajar también sobre aquellos elementos o fenómenos que generan padecimientos, no ya en términos orgánicos o psíquicos (cuyo análisis no deja de ser evidentemente necesario), sino aquellos ligados a una dimensión contextual, ambiental, social, histórica. Con todo, es evidente que una idea centrada en la salud mental colectiva no se desentiende de los aportes necesarios de las diferentes disciplinas que trabajan la salud (nada más lejos), sino que los incorpora ubicando el eje de atención en la construcción de una otra epistemología/trama, y en la importancia de un análisis constante sobre las condiciones de operacionalización de esos saberes —y de los individuos y los grupos que los encarnan— a la hora del abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Es decir, que no hablaríamos aquí de los saberes y conocimientos técnicos en sí mismos, de aquellos relativos a las distintas disciplinas que abordan el campo de la salud; no se trata de reflexionar sobre ellos en tanto que herramientas o tecnologías derivadas de un determinado modelo de ámbito epistemológico, sino que, en todo caso, nos interesan los mecanismos a través de los cuales estas disciplinas, conocimientos y saberes interactúan entre sí, y cómo intervienen en el campo de la salud: ¿cómo hacen lo que hacen?, ¿bajo qué determinantes y supuestos?, ¿bajo qué perspectivas o representaciones subyacentes?

De esta manera, el campo de la salud colectiva, y específicamente el de la salud mental colectiva, implica una transformación en el abordaje de los procesos de salud/enfermedad, y sobre todo un cambio que nos lleve a deconstruir la naturalización histórica de las prioridades dadas a unos conocimientos por encima de otros, de unas lógicas o modelos por encima de otros. Lo cual no implica negar la versatilidad o importancia de los saberes expertos, por ejemplo, sino entenderlos como parte de un abanico mucho más complejo que incluye a los saberes profanos derivados de la experiencia del sufrimiento como parte tan necesaria, viable y pertinente como las demás.

La SMC implica una horizontalización de los estatus y los roles de los distintos saberes, en favor de la generación de un contexto de posibles desde donde construir colectivamente los itinerarios para la recuperación.

Siguiendo a Emerson Merhy (2006), la salud colectiva no es sino el resultado de una constante puesta en práctica del trabajo vivo, de aquel que resulta del encuentro entre los conocimientos técnicos de las disciplinas, los saberes profanos vinculados a las experiencias de subjetivación y lo que deriva del encuentro, de lo intersubjetivo, de la producción conjunta de significaciones y estrategias del cuidado. Recordemos: la salud colectiva se produce entre las personas, es generadora de un contexto para la visualización de lo común que existe en lo individual y de lo individual que existe en lo común. Esto implica pensar las prácticas en sus significaciones y consecuencias, en sus nombramientos e ideologías subyacentes, con el objetivo de ampliar nuestra comprensión sobre los modos en los que estas operan sobre y desde los individuos. Al mismo tiempo, para este campo y, tal como mencionábamos anteriormente, en relación con la salud colectiva, la producción del sufrimiento en el ámbito de lo mental es

un proceso complejo cuyos determinantes debemos rastrear no solo en una disfuncionalidad concreta del cuerpo, sino en una reflexión permanente en torno a las condiciones sociales, materiales, ambientales y culturales en tanto que factores determinantes de esa disfuncionalidad, que nos lleve a problematizar incluso (sin caer en el inmovilismo) lo que socialmente hemos definido como disfuncionalidad.

Condiciones que operan tanto en la escala de los grupos como en la de los individuos. En otras palabras y sintetizando, la salud mental colectiva implica una apertura epistemológica hacia la existencia de agentes y factores que producen enfermedad en su condición de múltiples. Aquí, lo social, lo grupal, lo individual y, a su vez, lo ambiental, lo económico, lo cultural se constituyen como elementos fundamentales. Al mismo tiempo, es necesario insistir en que no son solo pertinentes para este campo las circunstancias objetivadas de la enfermedad, sino también, y sobre todo, la vivencia subjetiva del cuerpo, la salud y la enfermedad. En definitiva, qué es lo que los sujetos hacen con lo que les es dado en términos de sufrimiento, la metabolización subjetiva del proceso. Partimos de la idea de que la enfermedad no es solo el cuerpo evidenciando un síntoma, no es algo que sucede solo en la dimensión somática. Nos interesan aquí los mecanismos a través de los cuales toda problemática incide sobre el mundo vital (Good, 2003); cómo es vivido el proceso y de qué manera afecta al entramado de la existencia. Tanto la salud como la enfermedad no suceden en un cuerpo, sino en la vida (Good, 2003).

Cabe aclarar, antes de seguir, que al hablar de salud mental colectiva no nos referimos exclusivamente a experiencias vinculadas a los diagnósticos psiquiátricos; la salud mental es una condición necesaria de todos los individuos más allá de la existencia o no de una condición patológica.

Un grupo de mujeres/madres que buscan espacios y contextos de encuentro para reflexionar colectivamente sobre dudas, ansiedades, angustias, tristezas y alegrías relativas a sus respectivos procesos desde la maternidad puede pensarse como un territorio generador de itinerarios en el campo de la salud mental colectiva. La tarea llevada a cabo desde las asambleas de afectados de la Plataforma Antidesahucios en el Estado español es otro ejemplo de ello. Son contextos que, de distintas maneras, generan una cierta pacificación de la aflicción a través de la participación y la acción política.

Es decir, los padecimientos emocionales no se entienden ligados a una circunstancia orgánica individual, sino que más bien son enfocados desde una dimensión política y social que colectiviza los padecimientos, y que los transforma en un activismo transformador de las circunstancias materiales de opresión.

A pesar de lo dicho, y dada la necesidad de acotar y hacer un tanto más específico el espacio de estas reflexiones, nos centraremos aquí en el campo de la salud mental colectiva en relación con las personas con sufrimiento mental grave, sus realidades fenoménicas y los diagnósticos dados. Pero vayamos poco a poco.

3. Fundamentos para una aproximación colectiva

Es posible rastrear innumerables argumentos que nos ayuden a sostener la legitimidad de una aproximación colectiva a los procesos de salud/enfermedad. Sin embargo, aquí, elegimos para ello un primer paso vinculado al camino de la filosofía, y su relación con la idea de lo real y de la construcción perceptiva

de lo real. Iremos poco a poco, de lo abstracto de las ideas a lo concreto de las prácticas. Y en nuestro recorrido de elecciones nos centraremos más precisamente en la fenomenología inaugurada por Husserl y desarrollada en el campo de las percepciones a partir de Maurice Merleau-Ponty durante el siglo xx.

Para Merleau-Ponty (1981), la realidad no puede ser pensada si no es a partir de nuestra experiencia. Para este autor, la percepción nunca es pasiva, sino el resultado de un doble movimiento complejo y simultáneo que implica la recepción de un estímulo dado, y la construcción semántica intersubjetiva sobre ella: la elaboración de un sentido sobre lo percibido. La percepción implica, a su vez, una apertura al plano de la experiencia, es activa y constituye aquello sobre lo que esta última se deposita. La experiencia se hace realidad en nosotros como sujetos a través de los sentidos; percibimos y construimos una idea de lo real, significamos a partir de los procesos intersubjetivos que se producen en el marco de cada cultura.

Somos seres sociales y culturales a quienes les es no dado percibir más allá de un posicionamiento adquirido; la misma idea de subjetividad se funda en la imposibilidad de ser no sujeto.

Por lo tanto, toda percepción deriva de una mirada adherida al individuo, y ese individuo lleva una historia sociocultural y singular que implica de por sí un posicionamiento. De esta manera, para la fenomenología no hay un real en términos de absoluto; no podemos dar cuenta del objeto o el fenómeno en sí más allá de nuestra percepción sobre él. O al menos, dice Merleau-Ponty (1981), no podemos tener la certeza de su existencia si no es a través de nuestros sentidos, y de la manera como procesamos lo que percibimos en los encuentros que se producen en un determinado marco cultural. Toda percepción construye, a su vez, un real sobre lo real, toma un posicionamiento vinculado a una

historia personal, a una perspectiva determinada que inevitablemente determina ese real.

En todo caso, la realidad objetivable, el mundo inteligible en términos de Platón, no es sino el resultado de una construcción mental, una abstracción posterior a nuestra percepción y, por lo tanto, existe imbuida, fundada en la subjetividad que la antecede. Así, para la fenomenología, lo real se crea en el consenso y el encuentro de subjetividades; es el resultado de las diferentes percepciones puestas en juego, en diálogo, creando una suerte de «sentido común» sobre lo real.

De esta manera, solo es posible pensar lo real en tanto que resultado de una multiplicidad infinita de percepciones que, de alguna manera, construyen con el pensamiento abstracto la posibilidad de lo real como objetivado de nosotros mismos.

Repetimos: para una aproximación fenomenológica no hay realidades totales, no hay verdades absolutas, sino que estas son el resultado de las múltiples percepciones puestas en común. La creación de la idea de realidad es una cuestión de consenso, de encuentro y reflexión permanente entre sujetos que perciben y ponen en común lo que perciben. Lo que sí existen son realidades, tantas realidades como maneras de percibir; cada encuentro entre el individuo y su mundo funda una aproximación específica, singular, que se enlaza a su vez con las de los demás. De alguna manera, Merleau-Ponty discute con la concepción platónica según la cual la existencia de lo real va más allá de nuestra percepción sobre ella. La razón y el campo de las ideas defendidas por Platón como el espacio de la pureza real no existe sino atravesado por una construcción relativa a la manera de percibir el mundo de aquel sujeto que razona. Es decir, la razón no puede ser pensada fuera de un determinado marco o contexto que la determina. La filosofía de la ciencia hace mucho tiempo que

viene trabajando sobre esto; la razón no es imparcial. Puede, en todo caso, buscar una cierta imparcialidad, intentar el ejercicio hermenéutico de la objetivación, pero nunca llegará a un absoluto porque es contrario a la noción misma de sujeto. Mientras exista una razón habrá, por lo tanto, un sujeto que razone; y lo hará desde un momento histórico específico, desde un lugar social específico, desde un rincón geográfico específico, bajo unas circunstancias específicas.

Decir esto no implica suponer que no hay nada allí afuera, que hay solo vacío, sino que aquello que existe es necesariamente mediatizado por los sentidos para ser percibido. Construido para ser «metabolizado» y luego puesto en común.

Una cosa es lo que llamamos *mesa* como objeto sin sentido, como estructura «vacía», y otra muy distinta es el sentido que le otorgamos a «este o aquel» objeto al que llamamos *mesa*, sus significaciones, el conocimiento previo del constructor, la utilización que haremos de él según nuestras especificidades culturales, la función que cumplirá en nuestro espacio, lo que simbolizará en términos de historia para nosotros, etc.

Al mismo tiempo, es necesario aclarar que hablar de fenomenología no implica suponer que todo posicionamiento es válido en su ética y sus aplicaciones; no es el *todo vale*, como algunas veces se ha llegado a plantear desde ciertos sectores críticos. Comprender las diferentes posturas, los distintos posicionamientos en relación con un hecho no implica necesariamente aceptarlos, ni implicar negar la obvia incidencia de lo estructural en los procesos. Para la filosofía o la antropología como disciplinas científicas, por ejemplo, la comprensión está vinculada al análisis del conjunto de cualidades que integran una idea, no a la aceptación de esas cualidades. Desde el relativismo cultural, heredero

en parte —en su facción antropológica— de la fenomenología, es posible abrirse a la comprensión de las diferentes percepciones o construcciones sobre los fenómenos, pero esto no debe implicar necesariamente dejar de tomar partido en un determinado momento, o dejar de juzgar a partir de una cierta ética los procesos y sus condiciones de desigualdad. Intentar comprender los fenómenos en su complejidad no implica asumirlos como propios o válidos, sino reconocerlos en sus contradicciones, en su existencia; entender no implica una aceptación ciega, sino la apertura a un mapa menos ciego —precisamente menos parcial— de lo real, para poder luego tomar decisiones más coherentes con la complejidad inherente a los fenómenos.

El mundo del cine y la literatura nos dan infinidad de buenas historias para graficar estas ideas. Akira Kurosawa, en *Rashomon* (1950), relata a partir de un cuento de Akutagawa la historia de un asesinato a través de cuatro voces distintas: la del propio asesino, la del muerto (a través de un médium) la de la esposa y la de un testigo de los acontecimientos. Entre todos va tejiendo el sentido, se va acercando a las diferentes experiencias individuales relacionadas con los hechos que, en definitiva, son contruidos como relato a través de las percepciones individuales.

4. De la condición de impermeabilidad

Acotemos un poco. Pasemos ahora del análisis de lo más abstracto a algo un poco más concreto, como es el campo de los fenómenos sociales y las aflicciones. Y así, si trasladamos lo dicho al ámbito de la salud mental, vemos que no es posible pensarla

sin la necesaria puesta en evidencia de las diferentes perspectivas que existen sobre ella. Históricamente, hemos naturalizado una articulación que prioriza una única dimensión o mirada sobre la problemática: la biomédica, y específicamente la relativa al campo de la psiquiatría. Por lo tanto, al hacerlo estamos negando no solo la multidimensionalidad que nos acercaría a una comprensión más profunda de la realidad del fenómeno de la salud/enfermedad, sino que negamos la condición de existencia posible de esas otras aproximaciones (profanas, sociales, culturales) que han operado y continúan operando a pesar del destino de clandestinidad al que han sido convocadas. Negación que, en muchos casos, se transforma en opresión y eliminación directa de saberes, culturas y subjetividades, con consecuencias directas sobre la salud.

De esta manera, trabajar en salud mental colectiva implica una necesaria deconstrucción de la rigidez intrínseca en ocasiones a los saberes expertos, un cierto cuestionamiento de lo que podríamos denominar *condición de impermeabilidad* de las disciplinas profesionales y los sujetos que las practican.

Nos referimos a la frecuente vocación de las disciplinas de crear un campo científico propio, delimitando, con exceso de celo y rigidez, aquellas taxonomías y parámetros que son defendidos como límites o marco que posibilitan la existencia de la disciplina. Este mismo proceso corre el riesgo, entre sus consecuencias, de necesitar articularse como saber absoluto para sostenerse, y el riesgo no surge de la constitución de la disciplina en sí misma, sino de la frecuente necesidad de la omnipotencia, orquestada como pilar de la ilusión de invulnerabilidad de lo científico.

Sin embargo, como vamos viendo, cada disciplina implica un posicionamiento, y como tal necesita otros posicionamientos para encontrarse con un conocimiento más profundo y global sobre aquello que analiza. Con esto, nuestra intención no es tanto

cuestionar las disciplinas en su dimensión técnica como herramientas de mayor o menor eficacia, o como instrumentos para un saber operacional concreto, sino pensarlas como elementos que conforman una trama epistemológica transversal que nos permitiría un acercamiento más global al fenómeno de la salud y la enfermedad.

La SMC implica ese esfuerzo –y se funda en él– por la construcción participativa, colectiva. Los distintos saberes expertos son, en sus especificidades, indudables saberes concernientes al campo de la salud, pero lo son desde una relativa parcialidad y una incompletud derivadas de su condición de disciplina y, por lo tanto, no se consolidan en su dimensión colectiva y global, sino en el proceso de encuentro con los otros saberes.

Al mismo tiempo, es importante aclarar que, al hablar de participación, no podemos olvidar la dimensión polisémica de este como de tantos otros conceptos. En nuestras sociedades actuales, la participación comenzó a ser una idea de alto rédito político para las estructuras de gobierno y, específicamente, para los organismos vinculados al campo de la salud, al menos en su dimensión retórica. Por momentos, comenzaron a aparecer toda una serie de propuestas programáticas que se articulaban como estructuras prefijadas a partir de las cuales los ciudadanos podrían participar. En ocasiones, hacerlo se limitaba y se limita a la idea de acudir a un evento para rellenar un vacío, o a la opción de optar entre dos o más propuestas previamente diseñadas por técnicos enarbolados como los verdaderos conocedores en la materia, sea esta la que sea. Participar no es acudir a una obra diseñada por otros, no es ser público que abuchea o aplaude, sino más bien constituirse en parte central del proceso de estructuración, creación y articulación de la alternativa posible.

La participación, y volviendo al campo de la salud colectiva, no es sino el resultado de un proceso complejo de construcción compartida, de horizontalización de saberes, de dialéctica no exenta de conflictos inherentes a la condición de construcción de un saber colectivo que resulta del diálogo y la negociación permanentes entre saberes individuales y colectivos.

Otro elemento que se debe tener en cuenta es que, en la actualidad, en los sistemas de salud coexiste la preponderancia de la biomedicina con un posicionamiento subsidiario por parte del resto de las disciplinas vinculadas al campo de la salud mental (sociales, psicológicas, etc.). Es decir, de muchas maneras y en muchas circunstancias, estas últimas actúan como complemento que se suma a lo propuesto por el modelo biomédico hegemónico, en tanto que punto de partida para pensar la realidad del fenómeno del sufrimiento. Son disciplinas que, dentro del campo de la salud, en pocas ocasiones se atreven a poner en juego las propias aproximaciones como resultado de una mirada que aporta, con frecuencia, una concepción diferente de la problemática, los padecimientos y los sujetos.

Así, podemos plantear que se percibe un cierto subestimarse por parte de las ciencias humanas, en este ámbito; básicamente, porque las herramientas, los resultados y las propuestas que surgen desde estos ámbitos no se plantean desde la certeza universalizable, desde la definición certera de la realidad como única y fija. Por el contrario, presuponen la parcialidad inherente a todo proceso de conocimiento, han abandonado —en ocasiones— las prácticas totalizantes, porque entienden que la misma realidad del sufrimiento mental es en sí misma inabarcable a partir de recetas y modelos estandarizados, protocolizados.

5. Soltar amarras: un posicionamiento epistemológico para la SMC

Pero echemos mano de la literatura para comprender mejor qué es lo que implica esta transformación que estamos proponiendo aquí. El escritor Julio Cortázar decía, en su conocida *Rayuela* (1963):

«¿Y qué? El ser humano es el animal que pregunta. El día que verdaderamente sepamos preguntar, habrá diálogo. Por ahora las preguntas nos alejan vertiginosamente de las respuestas. ¿Qué epifanía podemos esperar, si nos estamos ahogando en la más falsa de las libertades, la dialéctica judeocristiana? Nos hace falta un *Novum Organum* de verdad, hay que abrir de par en par las ventanas y tirar todo a la calle, pero sobre todo hay que tirar también la ventana, y nosotros con ella».

Gustavo Bueno, en *Etnología y utopía* (1987), contaba:

«La liberación de la cultura requiere no solo romper su cascarón, sino también el cascarón que envuelve a la mítica “naturaleza”, únicamente después de estos rompimientos podremos acaso poner la proa con las “velas desplegadas” hacia eso que llamamos la Realidad».

Queremos decir con esto que la salud mental colectiva implica un cambio de posicionamiento. Y, repito, esto no implica desestimar las disposiciones técnicas y tecnológicas de los saberes académicos, sino en todo caso reconsiderar la consolidación de estos saberes en términos de naturalmente dados y, por lo tanto, absolutos. Lo que implicaría al mismo tiempo una reconsideración de las lógicas del poder que nos constituyen como sujetos «profesionalizados», que se han implantado bajo ese velo mítico y

natural que nos lleva a olvidar que necesitamos de los otros, que no podemos constituir ni afrontar la salud como sujeto/objeto sin la necesaria complicidad de las otras miradas. Italo Calvino (1957) retrata este intento de despegarse de aquel cascarón en *El barón rampante*, cuando dice:

«Cósimo estaba en la encina. Las ramas se agitaban, altos puentes sobre la tierra. Soplaban un viento ligero; hacía sol. El sol se filtraba entre las hojas, y nosotros, para ver a Cósimo, teníamos que hacer pantalla con la mano. Cósimo miraba el mundo desde el árbol: todo, visto desde allá arriba, era distinto, y eso ya era una diversión. La avenida tenía una perspectiva bien diferente, y los parterres, las hortensias, las camelias, la mesita de hierro para tomar el café en el jardín. Más allá las copas de los árboles se hacían menos espesas y la huerta descendía en pequeños campos escalonados, sostenidos por muros de piedras; detrás estaba oscurecido por los olivares, y, más allá, asomaban los tejados de la población de Ombrosa, de ladrillos descoloridos y pizarra, y se distinguían las vergas de los navíos, allí donde debía de estar el puerto. Al fondo se extendía el mar, con el horizonte alto, y un lento velero lo atravesaba».

Las reflexiones hechas hasta ahora nos llevan a la construcción de dos ejes posibles para pensar la salud mental colectiva:

- Es colectiva porque atiende a una cierta estructuralidad e historicidad, y pone especial atención en los determinantes socioculturales de todo proceso de salud/enfermedad/atención. Nos referimos a un entramado de factores definidos a partir de lo económico, lo social, lo ambiental, lo político, lo individual, lo biológico, lo cultural. Nos referimos a las condiciones estructurales de la existencia, y a las consideraciones subjetivas y psíquicas que entran en juego en el proceso.

- Es colectiva porque procura una construcción de la salud que sea el resultado de la unión simétrica, entretejida, complementaria y horizontal de los diferentes modelos explicativos (Kleinman, 1988) involucrados en el proceso, incluidos los saberes de los propios sujetos de la aflicción. La salud es espacio e instancia de lo intersubjetivo, de encuentro de una dimensión colectiva de saberes, y para ello es necesario visualizar y sistematizar los campos del conocimiento/experiencia, y evidenciarlos para generar contexto de autorización y construcción común.

O, dicho de otro modo: si la producción de sufrimiento/dolor/enfermedad es un proceso que resulta de lo colectivo, de la interacción con lo social, con los otros sociales y con los determinantes económicos, ambientales, culturales, la producción de la salud debe ser, por lo tanto, el resultado de un proceso también colectivo que no solo perciba los diferentes factores que actúan en él, sino en cuya matriz estructural se produzca un encuentro entre miradas, perspectivas y saberes vinculados de diferentes maneras con dichos factores en tanto que constructores de un mejor estar. De esta manera, si el dolor es en parte resultado de lo colectivo, los itinerarios de salud deben seguir en parte similares caminos.

Si bien iremos y hemos ido reflexionando a lo largo del texto lo relativo al primer eje, nos interesa aquí centrarnos particularmente en el segundo. Y al respecto: ¿qué movimientos se vuelven necesarios para hacerlo posible? Es decir, ¿qué es lo que puede considerarse como punto de partida a la hora de promover un abordaje colectivo de los procesos de salud?

Por un lado, desmontar la naturalización social de las relaciones entre ciencia y sociedad. Desmontar el andamiaje que supone

a la ciencia en tanto dogma inapelable y objetivo, lo que implica ahondar en la dimensión subjetiva y parcial de la ciencia.

Por otro lado, para hacerlo colectivo es necesario trabajar para reconquistar un lugar de enunciación legítima para el sujeto del sufrimiento mental. Es decir, si bien existe la necesidad de desarrollar espacios de reflexión conjunta entre disciplinas, algo que en ocasiones ocurre, obvia decir que en esos entramados es altamente improbable que se postule la participación de las personas afectadas en calidad de expertas, en calidad de sujetos y ya no objetos.

Analicemos brevemente estos aspectos.

5.1. Ciencia y sociedad

Hace años que, desde la filosofía, la antropología y la sociología, entre otras disciplinas, se viene anunciando o denunciando la creciente vinculación acrítica en la filiación entre ciencia y sociedad. Hemos naturalizado el hecho de que, aquello que viene determinado desde parámetros de lo nombrado como científico, es la «realidad objetiva» de los fenómenos, la única verdad posible a raíz de sus cualidades de demostrable a través de una específica metodología. Como si todo método no implicara en sí mismo, y entre otras cosas, una serie de parcialidades vinculadas, por ejemplo, a los criterios de selección de las variables, de las muestras, de los resultados, etc.

Ya desde los años setenta del siglo pasado, la antropología y otras disciplinas sociales que se sumaron en parte a las corrientes ligadas al posestructuralismo, han ido analizando y planteando la biomedicina, en nuestro caso, como un relato, como una narrativa, como una perspectiva posible de aproximación a los fenóme-

nos; no la única y, ni siquiera en todos los casos, la más efectiva. Desde allí podemos decir que no es posible entender la biomedicina si no es en relación con un contexto y momento histórico determinados. Lo que no implica negarla en sus eficacias, logros y falencias, sino pensarla en tanto que resultado de engranajes y mecanismos que es necesario desentrañar.

Sin embargo, más allá de la eficacia mayor o menor de, en nuestro caso, la psiquiatría, en el campo de la salud mental —que es un tema para nada menor— el problema radica en la persistente incorporación social y clínica de esta narrativa, de esta perspectiva, de esta manera de ejercer las prácticas y de hablar sobre ellas, en términos absolutos. Esto no solo deja fuera toda una serie de aproximaciones que van más allá de las prácticas nombradas y legitimadas como evidencia científica, sino que sobre todo y fundamentalmente deja fuera la narrativa de la vivencia del sufrimiento y la psiquiatrización; margina la construcción que resulta de la experiencia de los hechos que ha capitalizado la persona, sujeto del diagnóstico. Nos referimos a lo que los propios afectados tienen que decir sobre lo que en sus cuerpos y vidas sucede.

José Luis Peset, filósofo de la ciencia, en un ensayo de 1983 nos da solo algunas de las infinitas pistas que nos permitirían reflexionar sobre la falacia de la imparcialidad de la ciencia (Peset, 1983). En un punto se vuelve necesario observar que la psiquiatría, por ejemplo, es una manera posible y generalmente necesaria, de aproximarnos al fenómeno del sufrimiento mental a través de la lógica de las conductas, pero no debería ser la única ni la inevitablemente central. Considerarla el eje del tratamiento deriva de una aproximación que considera a la persona como una suerte de organismo desestabilizado, como una «isla psicopatológica», en palabras de Ángel Martínez (2008), sobre la cual debemos actuar con el único objeto de desconvocar el síntoma. Y decir que esta disciplina no debería ser el centro

no implica plantear su condición de prescindible. Por otra parte, el hecho de considerarla como parte del abanico de aproximaciones y abordajes posibles deriva, en cambio, de una aproximación que entiende el fenómeno en términos de su complejidad y atiende entonces a los sujetos, sus experiencias y sus procesos vitales.

Ya lo hemos dicho: el sufrimiento no se da en la mente, una abstracción de por sí confusa, sino en la vida.

Para la filosofía de la ciencia y para la antropología médica, ya desde su revisión epistemológica de los años setenta, las disciplinas biomédicas deben ser analizadas en términos de construcción histórica, de resultado de determinados procesos y circunstancias. La biomedicina pasa a ser ya no sujeto, sino objeto del análisis. En palabras de Martínez Hernández (2008):

«La antropología médica de hoy en día es el resultado de una deconstrucción de los límites entre ciencia y creencia, entre biomedicina y cultura».

El trabajo de los antropólogos en este campo es hoy descifrar lo *creencial* en el espacio de lo racional. Y es precisamente este momento el que nos interesa aquí, es decir, la posibilidad de analizar aquellos elementos de la biomedicina —de los saberes expertos relativos al mundo de la aflicción, en nuestro caso— que pueden pensarse como ligados al ámbito de las interpretaciones más allá de los datos empíricos. Este acontecimiento vino a poner el foco donde no se había fijado hasta ahora. Martínez Hernández (2008), trayendo a Habermas, recuerda que:

«[...] una de las constantes del pensamiento científico, por lo menos en sus versiones más cercanas al positivismo, ha sido la eliminación de toda autorreflexión sobre el sujeto cognoscente».

La antropología –entre otras disciplinas– ha intentado últimamente dar la vuelta a esta situación histórica, alumbrar las contradicciones de este escotoma o agujero negro, en términos Oliver Sacks. Es necesario aclarar nuevamente que, plantear la necesidad de analizar lo científico en tanto producto de unas determinadas circunstancias, no implica necesariamente disolver sus efectividades o su condición de válido. En otras palabras: la conciencia sobre lo relativo de cada perspectiva no desactiva necesariamente el grueso de su eficacia biológica o simbólica.

Arthur Kleinman, uno de los pioneros de lo que venimos planteando, afirma que no existe una medicina que sea independiente de su contexto histórico y económico, no hay una entidad objetivable y transtemporal llamada medicina (Kleinman, 1991). A partir de ello, todo abordaje sobre el cuerpo y los procesos de aflicción debe necesariamente ser analizado teniendo en cuenta no solo las circunstancias socioculturales en las que se produce la enfermedad, sino también las diferentes herramientas y los paradigmas desde donde se intenta abordarla.

Al mismo tiempo, sabemos que no existen solo factores socioculturales, económicos, etc., que influyen y determinan los procesos de salud/enfermedad en general, sino que la antropología ha analizado incluso una serie de enfermedades o problemáticas específicas que, bajo el título genérico de *culture bound syndromes*, son característicos de ciertas culturas, de ciertas sociedades y no de otras. Es decir, que son trastornos no universales, sino relacionados de manera directa con una dimensión eminentemente cultural.

Ejemplos de *culture bound syndromes*

El koro, una problemática incluida en el DSM-IV, cuyo radio de acción no excede al sudeste asiático y que actúa fundamentalmente en China,

se caracteriza por una suerte de pánico y ansiedad en el individuo a que el miembro sexual masculino sea engullido por el propio cuerpo; es, generalmente, un miedo a que el pene llegue a encogerse de tal manera que desaparezca. Kleinman analizó el koro en China. Incluso la misma anorexia nerviosa no puede comprenderse en su totalidad si no atendemos los efectos posibles que provocan los cambios en los modelos sociales femeninos y masculinos, en cómo debe ser el cuerpo perfecto en el tiempo y lugar en los que vivimos. En este sentido, Cecil Helman (2009) nos recuerda –por poner otro ejemplo que nos permita vislumbrar los posibles efectos sociopolíticos y económicos en los procesos de salud/enfermedad– que una de las mayores crisis de desnutrición del mundo contemporáneo comenzó en los ochenta, a partir de las campañas de diversas multinacionales para que las madres dejaran de dar el pecho a sus niños y lo suplantaran con distintos tipos de preparados químicos alimenticios proporcionados por estas mismas compañías. Este acontecimiento, sumado a varios factores socioeconómicos de cada contexto, provocó en América Latina y África importantes cuadros de anemia infantil. Los nutrientes de la leche materna, como es ahora reconocido, son incomparablemente superiores a los logrados por los sucedáneos de Nestlé.

Así, pensar las tecnologías del cuidado desde una dimensión mayoritariamente biomédica –la situación actual en el ámbito de la salud mental– es el resultado de una concepción de la salud en la que prima lo orgánico e individual por encima de la idea de sujeto, la experiencia y lo colectivo. Repetimos: siguiendo a Byron Good (2004), podríamos afirmar que es necesario pensar que no trabajamos aquí con organismos desestabilizados, sino con procesos vitales.

5.2. De objetos de la intervención a sujetos de procesos

Decíamos en otra ocasión que la etiología del padecimiento en las problemáticas mentales se inscribe en las intersecciones, en esos territorios bisagra que se abren entre lo orgánico, lo psíquico, lo social, lo cultural. Sin embargo, esta dimensión relativa al sufrimiento social se debe analizar en su vinculación con esta fosilización identitaria de la que venimos hablando, y al mismo tiempo en sus vinculaciones con las formas de etiquetado social de la locura. Es decir, es un dolor que ya no está relacionado con lo que el diagnóstico implica en términos clínicos o médicos, sino con lo que el diagnóstico significa y determina en términos sociales.

También puede pensarse ese proceso de deshistorización como parte de una acción longitudinal del propio estigma, o más bien como un mecanismo otro pero profundamente arraigado en el estigma. Existe, por lo tanto, un doble fenómeno:

- por un lado, el relativo al estigma en general, que surge del hecho de tener que someterse a una existencia atravesada por la idea estereotipada que los demás han construido sobre el propio sujeto; y
- por otro, el vinculado a las dificultades de abandonar ese lugar simbólico predeterminado.

Es esto lo que sucede con los sujetos de la locura; no solo hay una mirada invariable sobre la propia etiqueta diagnóstica que lo nombra, sino que están condenados a llevarla durante el resto de su vida. Han sido empujados a abandonar el *self*, la idea del yo, para entrar en el campo de los nombramientos ajenos. Es decir,

son los otros —familia, saberes expertos, amigos, entorno— los que definen, deciden, temen y actúan en relación con él. Y él, sin prácticamente margen de actuación, es ahora el esquizofrénico o un determinado curso patológico; el enfermo mental absoluto.

5.2.1. Estigmas

Hablemos entonces de estigma, de esa mirada que expulsa, que ubica al otro en la distancia.

Estigma es un vocablo de origen griego y en sus inicios era la manera de nombrar una serie de signos sobre el cuerpo, de marcas que debían llevar o llevaban aquellos sujetos que, por una u otra razón, habían infringido una ley social, moral o jurídica. Goffman (1989) se refiere a ello y menciona señales que se imponían como castigo, como medida punitiva a quienes rompían o atentaban contra un tipo de normalidad circunstancial.

En un momento de la historia, ya vinculada al cristianismo, la idea de estigma fue la manera de interpretar religiosamente las malformaciones o incluso las demencias; se las consideraba una suerte de castigo divino por haber cometido una falta al orden católico. De hecho, muchas veces se relacionaban con marcas en las manos que supuestamente emulaban las heridas de Cristo al ser crucificado; o marcas en la frente, relativas al rastro dejado por la corona de espinas. Era una señal interpretada en términos de escarmiento sagrado, y dejaba en evidencia el acto de violación moral y social por parte de la persona.

Con el tiempo, esas interpretaciones místicas fueron transformándose en definiciones de orden social, en el sentido de que la persona portadora de dichas marcas era, a la vez, responsable de un tipo de desacato; era en sí misma ese desacato y debía ser tratada en consecuencia.

En la actualidad, y más allá de leves modificaciones semánticas, el estigma sigue manteniendo algunas de aquellas particularidades. Continúa siendo fundamentalmente el generador o causante de una segregación sistemática, es decir, aquellos sujetos estigmatizados son ubicados invariablemente en el lugar predefinido por el estigma. Hoy el estigma ya no es una marca en el cuerpo, sino una relación, un tipo de vínculo predeterminado por una mirada específica de rechazo. El estigma se sitúa en la relación que establecemos con la locura, en esa mirada pautaada de antemano como una certeza que *otreriza* a ese otro afectado y lo ubica en el sitio del desacato, de la diferencia en relación con nuestra supuesta normalidad adquirida y asumida como lo correcto o lo natural. Al mismo tiempo, el estigma reside en el diagnóstico, así como el manicomio reside en el vínculo.

Goffman lo define también como la atribución social de características negativas que se realiza sobre un individuo, esa construcción de la identidad del otro, el estigmatizado, en términos de patología incurable nombrada a través de categorías que significan otras cosas que van más allá de lo relativo a la tipología conductual que intenta nombrar.

Es decir, si bien el estigma fue en un momento una característica física que tenía una serie de cualidades o significaciones dadas, hoy se vincula más exclusivamente a una cualidad otorgada; ya no existe la mediación de una marca concreta en el cuerpo, sino que la marca está en el campo de lo simbólico, de lo conceptual que otorga el diagnóstico. Así como hace treinta años las palabras *idiot* o *subnormal* nombraban supuestas patologías, hoy sucede con la noción de *esquizofrenia*, por ejemplo, que hace referencia a cuestiones más amplias que las relativas a lo médico. La señal, en todo caso y como decíamos, reside en la etiqueta. Así, el loco o la loca no precisa de un signo físico relativo a su locura que la iden-

tifique como tal –porque en ocasiones no existe tal signo, salvo en el momento del brote psicótico, o en los estados aletargados y anhedónicos que resultan de la sobremedicación–, sino que solo por el hecho de haber sido diagnosticado, ubicado semánticamente en esa categoría, el sujeto pasa a ser encerrado en una nosología que es donde se asienta la relación estigmatizante.

Ángel Martínez Hernández (2008) nos recuerda así el poder destructor del estigma:

«Afirmar que la estigmatización es una variable de importancia en el pronóstico de la esquizofrenia es, a su vez, coherente con los datos empíricos sobre otras enfermedades, ya que incluso desde el paradigma biomédico se reconoce que hay un efecto negativo en la salud general inducido por los procesos sociales de *labeling* o etiquetamiento».

Histórica y culturalmente, el estigma ha sido un fenómeno que coexiste con el resto de las prácticas sociales; en cierto modo, es la herramienta que asume una comunidad para defenderse frente a lo desconocido, para distinguir lo propio de lo ajeno, etc. Oriol Romaní afirma que el estigma sea quizá una de las estrategias desde las cuales los sujetos conforman los límites que se imponen al caos (Romaní, 1996). Según este autor:

«Todo sistema tiene sus mecanismos de defensa, y uno de ellos sería precisamente el de presentar algunas de las conductas, situaciones o expresiones desviantes como patologías, ya sea a nivel social o a nivel individual. De todas formas esto no siempre se realiza, ya que en la continua redefinición de la situación que se da en la interacción social no solo pueden cambiar percepciones normativas asumidas en nuestra endoculturación, sino que las propias agencias de control social no los pueden abarcar en su totalidad».

Algo similar plantea Goffman (1963/1989) cuando afirma:

«Debería pues advertirse que el manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce donde quiera existan normas de identidad. Los mismos rasgos están implícitos sea que se trate de una diferencia muy grande, del tipo tradicionalmente definido como estigmático, o de una insignificante, de la cual la persona avergonzada se avergüenza de estarlo. Se puede sospechar, por consiguiente, que el rol del normal y el rol del estigmatizado, son partes del mismo complejo, recortes de una misma tela estándar».

Goffman dice, a la vez, que el estigma es «una clase especial de relación entre atributo desacreditador y estereotipo» (Goffman, 1989) dentro de un marco sociocultural determinado. Es decir, hablamos de una serie de preconceptos establecidos en relación con el sujeto de la locura, de pautas definidas histórica y socialmente que poco tienen que ver con el sujeto sobre el que recae el estigma. Son más bien una serie de atributos que provienen de esa manera preestablecida de observar la locura como un todo relativo al desencaje, como si la persona fuera absoluta y permanentemente el sujeto de ese desencaje. Esta mirada está caracterizada por una consideración de ese otro como peligroso, imprevisible, responsable químicamente de su propio dolor. El estigma es a la vez un entramado de nombramientos previos al sujeto, un magma de significaciones construidas, una red de preconceptos constituida con anterioridad al vínculo. Es decir, el estigma llega de una estructuración pretérita para materializarse en el instante mismo de la relación, no ya a partir de lo que la relación propone, sino desde lo que la semántica previa dispone.

En el mundo de la problemática mental, el estigma es una suerte de piel ajena, de piel otra, construida y creada socialmente;

es una membrana que justifica esa separación: marginación. Y al decir *marginación*, no nos referimos a la no participación de los sujetos de la locura en la vida cotidiana de una sociedad, porque en general, y en gran medida, las personas diagnosticadas circulan y forman parte del todo social como cualquier otra: toman el autobús, van al mercado, piden libros prestados en las bibliotecas, hablan por teléfono, etc.; la segregación nace de un tipo de mirada, de un tipo de vacío, de la no complicidad e incompreensión, de la quiebra de las redes sociales, de la fragmentación del entorno de la persona diagnosticada, de las maneras a través de las cuales es percibida socialmente a lo largo y ancho de sus interacciones con y en la comunidad. Puede ser un rechazo, una no mirada, una suerte de *apartheid*, pero es sobre todo y fundamentalmente una definición que coloniza el vínculo y el encuentro. Define y ubica al otro en ese antilugar, en esa no historia. En ese espacio etéreo de lo deducido, de lo que ha sido dicho por los otros sin que se habilite en lo más mínimo la legitimidad del sujeto para decir o articular discurso sobre sí mismo. El estigma lo detiene en ese lugar marcado, pautado, definido, que no deja escapatoria para ser alguna otra identidad que aquella determinada por el estigma.

Veamos un ejemplo de cómo puede actuar el estigma sobre los individuos y cómo es interpretado, en ocasiones, este proceso desde los saberes biomédicos.

La anhedonia es definida generalmente como la pérdida de interés, ausencia de placer frente a las actividades de la vida, una suerte de anestesia interna, una pátina que separa al sujeto de sus propias capacidades para reconocer o reaccionar emocionalmente frente a los estímulos externos. Es algo así como una meseta sensible, como si el sujeto hubiese desconectado ciertos mecanismos en sus propios lazos consigo mismo y con el entorno. El estado anhedónico es descrito por

los manuales diagnósticos (DSM-CIE) como perteneciente a diferentes diagnósis psiquiátricas, es generalmente planteado desde allí como parte de la sintomatología patológica. Es decir, que desde la biomedicina se conceptualiza como un comportamiento resultante de un tipo alteración químico-cerebral, de un determinado acontecimiento que tiene lugar de las fronteras del cuerpo hacia dentro. Exclusivamente y porque sí, porque la dopamina así lo ha decidido. ¿Pero acaso es demasiado osado plantearnos algo tan sencillo como suponer la posibilidad de que la anhedonia sea la consecuencia de ese despojamiento sistemático e histórico del sujeto, de ese proceso a partir del cual no solo se le quitan sus propias herramientas para estar en el mundo, sino que se le desacredita como sujeto y narrativa posible, y se le impone toda una serie de nuevas tecnologías diseñadas por otros, a partir de las cuales tendrá que seguir con su proceso biográfico? Él ya no es él; sin embargo, a niveles conscientes y a veces inconscientes persiste la certeza de la realidad del despojo del que ha sido víctima. Sobrevive, en muchas ocasiones, en un desdoblarse donde aún mantiene una capacidad reflexiva para comprender lo que le sucede, mientras al mismo tiempo se va perdiendo a sí mismo dentro del proceso que resulta del estigma. Y es ese desdoblamiento lo que produce el autoencierro, la aflicción sumada a la conciencia de la misma aflicción. No es necesario tener un diagnóstico psiquiátrico para caer en la anhedonia si uno atraviesa una experiencia de despojo similar, y al mismo tiempo vive su cotidianidad a través de un cuerpo sobremedicado.

Resumiendo, decimos que el estigma se manifiesta no solo como una asociación de las categorías diagnósticas psiquiátricas con una serie de preconceptos vinculados a ideas de peligrosidad, imprevisibilidad, inutilidad social, etc., sino que puede pensarse como el resultado de una doble acción en la dimensión transversal y en la longitudinal del sujeto; es decir, no solo es un enfermo

mental, con las connotaciones sociales que conlleva el concepto, sino que además lo es en todas y cada una de las instancias de su vida. No hay oxígeno, no hay lugar para dejar de ser eso que los otros dicen que se es, no hay lugar para la reconstrucción, para la recuperación de un cierto margen de maniobra para abrirse a otras opciones de vida y hacerse cargo legítimamente del propio proceso vital.

En algunos casos, esto resulta incluso de las relaciones con los profesionales que lo tratan; en otros casos, de las relaciones con sus familiares, amigos y examigos, parejas, exparejas. No se le permite volver a ser. Ya no es aquel que él creía ser, sino otro redefinido y encerrado en el diagnóstico.

Si bien la nosología psiquiátrica puede ser entendida como categorías, etiquetas que señalan caminos posibles de recuperación, no deberíamos olvidar que en ocasiones son conceptos socialmente utilizados como pantallas que terminan entorpeciendo el proceso intersubjetivo y ocultando realidades sociales. En otras palabras, el problema no radicaría tanto en las categorías en sí, sino en los usos sociales otorgados y practicados que hacen que resulten en una suerte de fenómeno de ocultación de la complejidad de una situación o vivencia en el campo de las problemáticas mentales.

Dichos usos provocan que, con cierta frecuencia, nos relacionemos con el nombramiento que otorgan los diagnósticos, como si este abarcara al sujeto en su totalidad, como si toda taxonomía clínica nos permitiera comprender el absoluto del individuo, su situación y sus padecimientos. El diagnóstico puede ser pensado en sus usos y abusos como una suerte de telón que nos propone la ilusión de la comprensión del otro, la falacia de la completud interpretativa. E insisto, esto no implica la negación del uso de las etiquetas diagnósticas en el campo de la clínica, sino la com-

preensión de que estas etiquetas hacen alusión a una determinada dimensión de lo conductual en el sujeto, pero nunca deberían pensarse en términos de recetas cerradas en las que se esconde la clave del todo del individuo.

Desde nuestra perspectiva, la clave estaría, si es que está en algún sitio, en una aproximación consciente de la complejidad orgánica, psíquica, vivencial, subjetiva, social, ambiental, cultural, etc. Una complejidad abarcable fundamentalmente a partir de lo intersubjetivo.

5.2.2. La identidad tomada

Como hemos ido observando, suele hablarse de una epidemiología de la desigualdad, y por lo tanto de la evidencia estadística que nos dice que los pobres mueren más que los ricos y de las causas rastreables en las condiciones materiales de la existencia. Sin embargo, más allá de estos factores centrados en fundamentos económicos y sociales, hay una serie de elementos simbólicos vinculados a la idea de identidad otorgada o asumida, que pueden pensarse como generadores de sufrimiento y malestar.

Hugo Spinelli (2005) nos habla de la necesidad de construir una epidemiología de la identidad que nos ayude a descifrar los determinantes de los padeceres en su relación con las identidades sociales y fundamentalmente con los que en cada contexto social son definidos como los distintos, los raros. Y, en este sentido, el campo de las identidades vinculadas a los diagnósticos de salud mental nos abriría toda una constelación empírica del daño provocado por las identidades otorgadas.

Pero vayamos por partes: para las ciencias sociales, la identidad suele ser definida a partir de los elementos siguientes:

- *Es un elemento de composiciones.* Somos también lo que fueron los que fueron antes de ser nosotros. Somos el resultado de una historia y una composición de sucesos que han ido elaborando una idea sobre el yo como sujeto con una determinada identidad.
- *La identidad es un elemento dialéctico.* Es decir, de transformación con el otro, de transformación permanente a través y a partir de las relaciones con los demás.
- *La identidad es un elemento dinámico.* Existe siempre una transformación temporal, contextual, circunstancial. Los sujetos cambian para poder seguir siendo. La identidad no puede pensarse sino en términos de movimiento, de mutación constante.

Dice Amin Malouf (2009):

«Desde el momento en que concebimos nuestra identidad como integrada por múltiples pertenencias, unas ligadas a una historia étnica y otras no, unas ligadas a una tradición religiosa y otras no, desde el momento en que vemos en nosotros mismos, en nuestros orígenes y en nuestra trayectoria, diversos elementos confluentes, diversas aportaciones, diversos mestizajes, diversas influencias sutiles y contradictorias, se establece una relación distinta con los demás, y también con los de nuestra propia “tribu”. Ya no se trata simplemente de “nosotros” y “ellos” como dos ejércitos en orden de batalla que se preparan para el siguiente enfrentamiento, para la siguiente revancha. Ahora en “nuestro” lado hay personas con las que en definitiva tengo muy pocas cosas en común, y en el lado de “ellos” hay otras de las que puedo sentirme muy cerca».

En el campo de la salud mental se produce un fenómeno particular al respecto. Mientras que, en general, en todos los individuos la identidad cumple en mayor o menor medida con estas ideas de composición y movimiento, en el caso de las per-

sonas diagnosticadas con problemas de salud mental la identidad queda parcialmente estancada, petrificada, solidificada, asfixiada en la noción de enfermo total (Correa-Urquiza, 2015). Pasa a ser socialmente aquello a partir de lo que ha sido nombrado en su sentido clínico y biomédico.

En el campo de la llamada locura, esta identidad es fundamentalmente otorgada, dada, construida por los otros. El loco es siempre hablado por los otros, diría Foucault. En la problemática mental, el sujeto pierde su historia, se «deshistoriza», cae en brazos ajenos para ser continuamente definido y redefinido desde ópticas y perspectivas que, de entrada, no le pertenecen. Sucede entonces que esa identidad queda amarrada, firme en una única y simple categoría, en ese ser en tanto «enfermo mental absoluto» (Correa-Urquiza, 2015).

La identidad social es absorbida por la identidad clínica y fosilizada, asfixiada en un nombramiento dado. Las personas, circulen por donde circulen, se encuentran cercadas por la enunciación nosológica. No pueden ser más allá de aquello a partir de lo que han sido nombradas. La identidad social se asfixia, o más bien es asfixiada y colonizada, por la identidad patológica. Ante esto, es quizá necesario volver a decir que el problema no radica en la existencia del diagnóstico, sino en el traslado de ese diagnóstico como parte central de la identidad al campo de lo social; de la traslación de la identidad patológica del ámbito de la clínica a la identidad social del ámbito de lo comunitario.

Desde el momento en el que ha sido diagnosticado, toda su estructura de vida, toda la «biblioteca personal» de referencia se desmorona, y no libro a libro, como sucedía en aquel relato mítico de Jorge Luis Borges, «La biblioteca de Babel», sino de golpe, de un zarpazo; es como un terremoto que resquebraja los cimientos. La persona pasa a ser definitivamente aquello que

los otros dicen que es: el loco o, en la más compadecida de las versiones, el enfermo mental.

En el texto de Borges la biblioteca se descompone y compone nuevamente hasta el infinito en una dialéctica interna y propia; pero al sujeto de la locura, el contexto ya no le permite composición ni fluctuación alguna. No lo habilita como dueño de un relato. Lo deshabilita en todas sus dimensiones. Esta idea de enfermo absoluto que venimos comentando la definíamos en un ensayo anterior y creo que es necesario volver a aclararla en aquellos términos para hacer más sencilla su comprensión. Decíamos entonces (Correa-Urquiza, 2015):

«El trastorno y sus calificaciones impregnan el tejido de vida del sujeto que deviene así en una suerte de enfermo absoluto. Ya ni tan solo está; sino que es enfermo. Y lo es en todas y cada una de las instancias sociales de su yo cotidiano. Es un fenómeno que repercute, a raíz de elementos como las significaciones socioculturales de la problemática, en una suerte de descalificación del discurso subjetivo, un no ha lugar de sus narrativas que terminan por inhabilitar las posibilidades de su ser y estar activo socialmente. De hecho, la misma idea de pasividad que connota la categoría paciente, quizás desarticule en su semiótica la probabilidad de que la visión del afectado en torno a su experiencia forme parte de los textos posibles relativos al proceso de su recuperación. Por lo tanto, no sería extraño pensar que hasta cierto punto ese itinerario hacia el ser en tanto enfermo absoluto contribuya a la deslegitimación del sujeto como actor frente a su proceso. El lugar del no saber que generalmente debe aceptar y que se enfrenta —de estar enfrente— al saber total desde el que suele articularse el universo de los sistemas expertos, es crucial en ese sentido».

Esta condición otra que debe asumir puede pensarse como caracterizada por una erosión o, más bien, desarticulación total de la identidad del sujeto.

Nacho, otro de los participantes del programa de radio, también diagnosticados, suele decir en antena que no sabe por qué aún lo tildan de esquizofrénico si él ejerce de loco solo un 10 % de su tiempo. Se pregunta por qué debe seguir cargando con una etiqueta con la que no siente identificación alguna. Y es que Nacho tiene una vida normalizada, en el sentido de que ha construido una relación de pareja estable, participa de varios programas de radio, actúa en una obra de teatro junto a su compañera, etc. Es decir, lleva una vida como otras. Sin embargo, socialmente aún es considerado un esquizofrénico.

Esto nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que quizá seamos nosotros, los otros, los que lo ubicamos y reubicamos permanentemente en ese lugar de la locura, a pesar de que él no pasa ya hace tiempo por los comportamientos relativos a lo que se suele denominar psicosis. Esto también nos llevaría a replantearnos lo que definimos como cura, pero ese es otro tema en el que ahora no nos detendremos.

La definición clásica de identidad, incluso la otorgada por la Real Academia Española, habla de dos instancias de un mismo proceso: por un lado, la identidad es un conjunto de rasgos propios de un individuo que lo definen o lo caracterizan frente a los demás; pero, por otro lado y al mismo tiempo, es la conciencia del sujeto de ser él o ella misma. Es decir, son los rasgos y la conciencia sobre esos rasgos los que pueden pensarse como constitutivos. Hay una dimensión más física y simbólica, por decirlo de alguna manera, y otra que pertenece más al mundo de las ideas. Y sucede que en las personas que han sido diag-

nosticadas de algún problema de salud mental el proceso de desarticulación de la identidad se produce en ambos frentes. Veámoslos en detalle.

Por un lado, como decíamos, son los otros los que se constituyen como los apoderados para definir y determinar tratamiento, estilos de vida, aspectos, decisiones, deseos y expectativas en general. Los rasgos de la identidad del sujeto son impuestos.

Foucault lo definía en *El poder psiquiátrico* (2005):

«De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante como para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello, nosotros, los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás por lo tanto un enfermo mental».

Y, a pesar de Foucault, cuando hablo de los otros no me refiero solo a los saberes expertos, sino también al entorno más íntimo, que a partir de una prescripción médica —entendida como verdadera dada su condición de científica— se ve con la autoridad de decir, plantear, definir. En ocasiones, la etiqueta diagnóstica es asumida de tal manera como verdad por el entorno inmediato, que es este mismo entorno el que se transforma y actúa como una extensión de los mismos saberes expertos. Con todas sus consecuencias. De esta manera, decíamos en aquel ensayo (Correa-Urquiza, 2015) que es notable cómo se suele ejercer sobre el sujeto de esa locura una triple apropiación:

«1) Una apropiación de las categorías que lo definen, del nombramiento de su locura: Yo te nombro, te defino en tu malestar, te construyo en tanto cuerpo de una enfermedad que pauto y delimito.

2) Una apropiación de la legitimidad para reforzar o confirmar o contribuir a construir la imagen social sobre esa locura: Solo los cuerdos y fundamentalmente aquellos que representan a los saberes expertos son autorizados para hablar y definir socialmente a esa locura.

3) Una apropiación de las estrategias de la cura posible, de las prácticas legítimas para una recuperación del bienestar: Yo diseño las estrategias y comportamientos que se deben seguir y cualquier desviación de este proceso puede ser interpretado como signo de una agudización de la problemática.²

Con todo, lo que termina por producirse no es solo esa desarticulación de la identidad, sino a la vez una cierta neutralización de la capacidad articuladora del sujeto para reestructurarla. Se produce como una anulación del criterio de identidad, de las concepciones subjetivas que hacen al desarrollo del individuo en tanto sujeto histórico, posible, legítimo. A pesar de sufrir en el cuerpo las consecuencias de esa apropiación, el loco no sabe cómo, no encuentra las herramientas, ni, en principio, tiene el poder suficiente para cambiar su situación. Socialmente no se lo considera portador de un discurso posible alrededor de

2. Hay un elemento que amplifica la coerción de los sistemas *psi* sobre el tema de la locura: la ignorancia sobre sus causas biológicas o psicobiológicas. Gran parte del carácter cuasirreligioso que adoptan los saberes expertos deviene precisamente de esta ignorancia. Son formas de conjurar un vacío de conocimiento que optan por el dogmatismo antes que por la no acción o la revelación del no saber. Esto último desvirtuaría al sistema, como eso, experto.

su sufrimiento, y en muchos casos no se lo considera ni tan solo dueño de algún tipo de coherencia enunciativa».

La conciencia sobre sí mismo, sobre su propia identidad es a la vez erosionada y remodelada por los mecanismos a los que se encuentra expuesto. El sujeto ingresa en un estado de confusión y aletargamiento, pierde todas las certezas, solo le queda la conciencia de ser el error, la enfermedad eterna, crónica, de la mente. Ocupa así un sitio de subalternidad, un papel secundario en relación consigo mismo, el lugar del «oprimido» en términos de Paulo Freire (1970). Los individuos así:

«[...] sufren una dualidad que se instala en la “interioridad” de su ser. Descubren que, al no ser libres, no llegan a ser auténticamente. Quieren ser, mas temen ser. Son ellos y al mismo tiempo son el otro y o introyectado en ellos como conciencia opresora. Su lucha se da entre ser ellos mismos o ser duales. Entre expulsar o no al opresor desde “dentro” de sí. Entre desalienarse o mantenerse alienados. Entre seguir prescripciones o tener opciones. Entre ser espectadores o actores. Entre actuar o tener la ilusión de que actúan en la acción de los opresores. Entre decir la palabra o no tener voz, castrados en su poder de crear y recrear, en su poder de transformar el mundo».

Retomemos para continuar un análisis previamente realizado, publicado en el libro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Correa-Urquiza, 2012). Según Antonio Gramsci, el sufrimiento psicológico es el resultado de la incorporación de los conflictos actuantes en las relaciones de fuerza que regulan la experiencia social. Es decir, una esfera de oposiciones complejas entre las posibilidades de aplicación práctica de la propia subjetividad y lo que el entorno social determina. En

lo que hemos denominado locura, el sufrimiento puede observarse también como esa consecuencia de habitar ese mismo tipo de contradicciones. Garcés, uno de los integrantes de Radio la Colifata, una de las primeras emisoras en el mundo realizada desde un hospital psiquiátrico, en Buenos Aires, solía afirmar durante los programas:

«Yo tengo la gran intriga de mi vida, y es saber si debo curarme o debo hacer la revolución justificando mi propia locura».

Lo dicho no niega ni afirma la posible existencia de factores orgánicos en la etiología de la problemática, no es esa la cuestión aquí; solo ubica la atención en el evidente aspecto sociocultural del problema. Así, si partimos de esa base, no es complejo deducir que una parte importante de la terapéutica, o de la generación de un bienestar, se encuentra en la posibilidad de destensionar, de desarticular esas mismas fuerzas actuantes en tanto que matriz de conflictos. Es evidente que la existencia misma, la vida misma es en parte una coexistencia con el conflicto, pero podríamos afirmar que existen grados, intensidades que pueden resultar más determinantes de malestar que otras.

Al mismo tiempo, sabemos que al habitar el obstáculo o la dificultad, los sujetos desarrollan y articulan toda una serie de herramientas, de estrategias para afrontar o sobrellevar la situación. Frente a todo proceso de salud o enfermedad, se crean y despliegan diferentes tipos de modelos de autoatención (Menéndez, 2009), al tiempo que los individuos generan prácticas relativas a sus maneras de hacer frente a las circunstancias; a esos saberes, a esas maneras de conjugar saberes que se constituyen como un saber en sí mismo, los denominaremos aquí saberes profanos (Correa-Urquiza, 2015).

Hablamos de una suerte de pericia de la cual los sujetos no siempre son necesariamente conscientes, ni de su existencia ni —en ocasiones— de la realidad o efectividad de su aplicación. Es decir, a pesar de existir bajo una dinámica de constante negación de su subjetividad, la persona que ha sido diagnosticada de algún problema mental desarrolla, y pone en práctica, una serie fluctuante de herramientas y estrategias de aproximación y mejora que tienen directa relación con sus conocimientos sobre su vida, y sobre sus padecimientos. Hablamos de prácticas que viven ocultándose, que atienden más a una lógica de rebasamiento, en el sentido de que emergen a pesar de la opresión, de la negación de las que son objeto.

¿Y a qué tipo de opresión nos referimos? Todas esas instancias de deshistorización, estigmatización, deslegitimación, consideración en tanto enfermo absoluto, etc., es decir, todas esas acciones que se ejercen sobre los sujetos de la locura que no tienen que ver con una operación de violencia explicitada, sino con un tipo de coacción sutil en el plano de las relaciones cotidianas, clínicas, familiares, sociales.

Así, más allá de la situación vivida, la persona mantiene y pone en práctica un conocimiento que es activo y produce resultados en el plano de la efectividad. Es un saber profano definido por oposición a los llamados saberes expertos que dominan la teoría y la práctica en torno al sufrimiento mental. Son saberes que de alguna manera profanan, al manifestarse como una suerte de herejía del conocimiento en relación con el pensamiento científico.

La noción de *habitus* definida por Pierre Bordieu puede ayudarnos a comprender esta idea. El sociólogo la define en tanto que producto de la historia, que produce prácticas individuales y colectivas (Bordieu, 1991), un saber que deriva de la propia

condición, situación y vivencia de un contexto y sus experiencias. Decíamos en un ensayo anterior (Correa-Urquiza, 2015):

«Un saber no necesariamente racionalizado o transformado en estrategia aunque sí un saber específico que puede ser potencialmente estrategia. La idea de estigma, por ejemplo, bien puede ser una categoría abstracta, un objetivo a deconstruir, el *target* de una campaña publicitaria digitada desde las esferas de las políticas de salud pública... Pero en el sujeto que es objeto de ese estigma es la materialización de un tipo de vivencia cotidiana, de realidad empírica que afecta; es un dolor omnipresente para el cual se diseñan constantemente estrategias de supervivencia. Una aflicción que es el resultado del propio accionar en la diferencia y de las percepciones sociales que el entorno tiene sobre esa diferencia. Todo ese estar genera *habitus* y define un *habitus* que es, a la vez, un saber posible que determina e implica actitudes que pueden pasar a articularse como herramientas con potencial capacidad operativa.

El saber de la experiencia, que es desde donde puede articularse esa noción de sentido, es, a mi entender, un saber que podría interpretarse como la dimensión activa, inquieta, quizás no necesariamente consciente, del *habitus* trabajado por Pierre Bordieu. Es decir, lo producido por aquellos “condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia”».

Los sujetos, sea cual sea su realidad, disponen de una capacidad para actuar en un sentido u otro, y es esta capacidad la que se vuelve necesaria reconocer en los afectados. Es decir, por más que sean tratados a partir de estas premisas de enfermedad total, disponen de herramientas y capacidades para hacer frente, al menos en ciertos aspectos y de manera parcial, a sus procesos. Pau Vidal, colaborador activo de Radio Nikosia, una de las pri-

meras emisoras conducidas por personas con problemas de salud mental en España, escribió lo siguiente para una intervención en un programa:

«Somos un manojo de deseos y aspiraciones y la mayoría de ellos no van a poder ser satisfechos. Deseamos ser amados, reconocidos, reconfortados, aceptados. Pero todo esos deseos van acompañados de un miedo profundo y muy arraigado a no poder alcanzar nuestras expectativas, un gran miedo a la frustración. Deseamos con todo nuestro corazón ser queridos y respetados pero la mayoría de las veces nos topamos con el obstáculo más infranqueable de cuantos existen: nosotros mismos... Cuando nos azotan las inseguridades empezamos a verlo todo negro. El camino se vuelve sombrío. Cualquier situación nos turba y se nos nubla el raciocinio. Parecemos hallarnos a merced del destino... Debemos empezar antes que nada por querernos a nosotros mismos sin compararnos con los demás, ponernos en manos de la ventisca. Hallar atajos por los que transitar hacia la luz. Debemos intentar encontrar nuestra estabilidad emocional aunque sea a base de pequeñas tretas que no confesemos a los demás. O sí».

Por el contrario, el esquema de atención en salud mental se estructura, en muchas ocasiones, sobre la idea de que la persona diagnosticada no está en condiciones de hablar o decir por sí misma, que no dispone de herramientas para pensar su situación. Esto podemos entenderlo directamente vinculado a dos fenómenos:

- por un lado, al hecho de nuestra consideración sobre ella en tanto que enferma total o absoluta; y
- por el otro, a la posibilidad de que no dispongamos de las herramientas para descifrar ese conocimiento; es decir, no

lo vemos porque no lo comprendemos en los términos a través de los cuales comprendemos generalmente la terapéutica.

Para nosotros, como profesionales, el mejor estar del sujeto está supeditado a una serie de prácticas y tecnologías sobre las cuales hemos ido tomando conocimiento a lo largo de nuestras disciplinas y saberes técnicos respectivos, y es complejo, que no imposible, pensar en la posibilidad de que existan herramientas de utilidad o efectividad dentro de unos individuos cuya realidad es justamente que han sido diagnosticados de problemas de salud mental; «que están locos». Aunque no lo pensemos así, en ocasiones actuamos como si lo diésemos por hecho. Al desconocer esa subjetividad, ese conocimiento, estamos transformando a la persona solo en receptora de una *episteme* que —en principio— no le pertenece.

Lévi-Strauss, uno de los padres del estructuralismo francés y de la disciplina antropológica, hace una reflexión que puede sernos de utilidad para comprender este último punto que estamos tratando. A petición de la UNESCO realizó, hacia 1952, un ensayo sobre las culturas, las razas y las percepciones sociales sobre las supuestas diferencias en sus grados de desarrollo a lo largo de la historia. Dice Lévi-Strauss que es posible pensar que no existan culturas menos desarrolladas que otras en términos globales, pero que sí hay culturas o sociedades que se han desarrollado de una manera diferente a la nuestra, poniendo el énfasis, por ejemplo, en otros elementos que los relativos a los que percibimos como nuestros avances en la sociedad occidental. El autor no desmerece ni niega los progresos científicos y tecnológicos de Occidente, sino que intenta advertir sobre la falacia de definir o conceptualizar todo avance o todo progreso solo en los términos en los que nosotros entendemos el progreso. Para él, antes

de calificar de inamovible o estacionaria una cultura, habríamos de preguntarnos si esta inmovilidad supuesta no deriva de la ignorancia en la que nos encontramos acerca de sus intereses verdaderos. En palabras de Lévi-Strauss (1999):

«La distinción entre las dos formas de historia, ¿depende de la naturaleza intrínseca de las culturas a las que se aplica, o no resulta de la perspectiva etnocéntrica en la cual nos situamos siempre nosotros para evaluar una cultura diferente? De ese modo, nosotros consideraríamos como acumulativa toda cultura que se desarrollara en un sentido análogo al nuestro, o sea, cuyo desarrollo tuviera significado para nosotros.

Mientras que las otras culturas nos resultarían estacionarias, no necesariamente porque lo sean, sino porque su línea de desarrollo no significa nada para nosotros; no es ajustable a los términos del sistema de referencia que nosotros utilizamos. Que tal es el caso, resulta de un examen incluso somero, de los individuos o grupos, en función de la mayor o menor diversidad de sus respectivas culturas. [...] Cada vez que nos inclinamos a calificar una cultura humana de inerte o estacionaria, debemos preguntarnos si este inmovilismo aparente no resulta de la ignorancia que tenemos de sus verdaderos intereses, conscientes o inconscientes, y si teniendo criterios diferentes a los nuestros, esta cultura no es para nosotros víctima de la misma ilusión. Dicho con otras palabras, nos encontraríamos una a la otra desprovistas de interés simplemente porque no nos parecemos».

En este sentido y trayéndolo al terreno que nos convoca, ¿no es acaso factible suponer, en los saberes expertos, la existencia de una suerte de etnocentrismo evitable en la concepción sobre la problemática mental? Es decir, que cabría preguntarnos constantemente como profesionales si el hecho de ver como válido,

legítimo y efectivo solo aquello que responde a nuestros modelos teórico-académicos no lleva, en parte, a una concepción parcial y en cierta manera inicua en relación con las significaciones del sufrimiento mental.

Con esto no estamos diciendo que los saberes expertos no dispongan de un conocimiento especializado y necesario de la materia, sino que a la hora de abordar el fenómeno deberíamos trabajar por el desarrollo de una trama epistemológica que resulte de las intersecciones entre saberes, con el objeto de acceder a una comprensión que esté a la altura de la complejidad inherente a la cuestión del sufrimiento mental. Esto incluiría tener en cuenta otros conocimientos que quizá no solo en ocasiones no estamos dispuestos a reconocer por cuestiones de corporativismo, o diferencias conceptuales, o de paradigmas, sino que tal vez por momentos no estemos en condiciones de percibir o comprender. En ocasiones, desde la concepción biologicista de la terapéutica en salud mental, no hay lugar para la escucha hacia el sujeto de la locura porque no existe socialmente la percepción de que el loco tenga algo que contar.

Al mismo tiempo, no debemos pensar con esto que los saberes profanos se deberían constituir como verdad única sobre el sufrimiento mental, sino que es una tipología de conocimiento que resulta de la experiencia y que debe ser contemplado formando parte del concierto de voces que constituyen el discurso de la terapéutica. Discurso que, repetimos, debería ser pensado en tanto ensamble simétrico, ciertamente complementario de saberes y formas de aproximación.

Esto, que parece de una obviedad abrumadora, con frecuencia no se traduce en el plano de las prácticas en los servicios de salud mental, lo que sugiere también una concepción de la problemática como un fenómeno fundamentalmente orgánico/

biológico. Es evidente que habrá campos en los que los saberes médicos tendrán un mayor conocimiento, o que habrá aspectos en los que un trabajador social disponga de más y mejores herramientas para abordar una determinada situación, pero también es cierto que la persona afectada no es solo experta en efectos secundarios, como suele decirse, sino que ha desarrollado una serie de herramientas y dinámicas para sobrevivir que pueden manifestarse como un conocimiento necesario, no exclusivamente para ella, sino incluso para otros sujetos sociales en similares circunstancias. Al mismo tiempo, no se trata solo del hecho de que estas personas deban ser escuchadas a través de una suerte de condescendencia, o de la suposición de que la escucha y la puesta en práctica de sus perspectivas pueden contribuir a una mejor asimilación de la terapéutica impuesta; no es que debamos descubrir, como profesionales, las maneras de hacerles sentir que forman parte del proceso, sino del beneficio que sus perspectivas y propuestas aportan a la necesaria pluralidad epistemológica, y que contribuyen sobremedida con la construcción global de las reflexiones sobre el sufrimiento mental.

Pongamos un ejemplo

Alberto, diagnosticado en su momento de esquizofrenia y participante de la experiencia de Radio Nikosia, afirmaba durante una conferencia ofrecida por el grupo que: «En mi modo de vida, los animales pueden comunicarse conmigo. Y a mí me vale. Los vínculos con los animales me sirven para protegerme. Para mi psiquiatra, lo bueno de pasear al perro es que doy una vuelta y me relaciono con los demás, que me aireo un poco. Pero para mí tiene otro significado que a él no se lo puedo contar, no lo entiende. Mi relación con los pájaros, los vínculos telepáticos de afecto y cariño con el mundo espiritual y natural que me

rodea, con mis animales, con mi Hippi [su perro], me protegen, me cuidan y me hacen vivir menos solo. Cuando salgo a pasear no salgo solo, salgo con ellos y en ellos, y en el paseo entre todos compartido encuentro la felicidad».

La terapéutica para Alberto está directamente vinculada a la posibilidad de encontrarle sentido y legitimar aquellas prácticas que a él le generan un mejor estar y entenderlas como tales. No, en este caso, en asumir lo que los saberes expertos determinan como ese «airearse un poco» que hace bien, sino con el hecho concreto de que su relación con los animales forma parte del sentido que le permite construir parte de su historia, de su biografía, su lugar en el mundo. Para una de las emisiones de Nikosia, Alberto escribió un texto que tituló «El lenguaje secreto de los pájaros», en el que describe en detalle una cierta particularidad sensible que en él reside y que le ha permitido desarrollar un vínculo con los pájaros similar al que las personas suelen tener con los clásicos animales de compañía.

Xavier y Dolors, participantes de la experiencia de Nikosia, son pareja desde hace dieciocho años y conviven desde hace doce. Fueron diagnosticados de esquizofrenia y se conocieron compartiendo actividades en un centro de salud mental. Desde el comienzo de su relación, los profesionales con quienes se trataban eran contrarios a la conformación de la pareja; según decían, existía un alto riesgo de que se dañaran mutuamente en los momentos críticos del trastorno; de hecho, es esta una «recomendación» bastante común por parte de los trabajadores ante situaciones similares.

Pese a todo, Xavier y Dolors continuaron, confiaron en sus posibilidades, pusieron en práctica sus particulares percepciones comunes, y materializaron una experiencia de vida en pareja que aún perdura.

«Yo sé que el único que me entiende y me acepta tal como soy es Xavi», decía ella durante una entrevista concedida a un periódico de Cataluña, «porque él ha vivido prácticamente el mismo dolor que yo; los dos fuimos diagnosticados en su momento y los dos sufrimos entonces un rechazo frontal por parte de nuestras familias. Es la mayor suerte que nos hayamos tenido el uno al otro para sostenernos».

Y Xavier agregaba que:

«En la locura hay angustia provocada por el trastorno y angustia provocada por la gente, por el entorno que te señala, te margina, te dificulta la vida por llevar la etiqueta; y para ese obstáculo que a veces nos ponen los otros, Dolors ha sido mi tabla de salvación». Dolors y Xavier viven en un piso asistido de la red de salud mental, se reparten las tareas cotidianas, y conviven entre filias y fobias como cualquier otro matrimonio del barrio de Sant Andreu. Cuentan que, desde que están juntos, han logrado dejar atrás la conflictiva relación con sus respectivas familias. «No creo que hoy pueda vivir sin Xavi», suele decir Dolors. «No sé qué haré cuando él me falte. Lo único que espero es poder morirme antes que él». Dolors es hoy la presidenta de la Asociación Sociocultural Radio Nikosia.

Para ambos, desatender el mandato de la terapéutica externa, impuesta, fue una manera de «salvarse», de afirmarse en un mejor estar gestionado desde sí mismos. Esto no significa que todas las prácticas en relación con su recuperación hayan sido el producto de esa autogestión; sus itinerarios son el resultado de un encuentro permanente entre los saberes propios, los saberes profesionales y los de sus redes sociales de apoyo; pero los propios han tenido un papel fundamental en el proceso. De hecho, uno de sus psiquiatras, con el que trabajaron durante muchos años, luego de decidirse a estar juntos fue quien más

apoyó la relación y observó en ella un verdadero camino de mejora para los dos. Hacia él, como profesional y como persona, Xavier y Dolors aún hoy se manifiestan profundamente agradecidos.

Por otra parte, es cierto que desde hace unos años se ha ido proponiendo, desde las instituciones y los organismos oficiales, la necesidad de que estos saberes profanos sean escuchados o formen parte de los discursos posibles en torno a la problemática mental; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones lo que se produce es una aceptación y utilización solo de aquellos conocimientos que reproducen la semántica de los saberes expertos, aquellos que coinciden con lo que se espera de los sujetos en tanto que enfermos mentales.

En términos de Goffman (1989), el saber recuperado en estos casos por las instituciones es exclusivamente el relativo a los ajustes primarios; es decir, a todo aquello que el sujeto realiza y produce en consonancia con las lógicas hegemónicas. Es un saber subalterno que lo reubica en el lugar del paciente, que lo define en su ser en tanto paciente, es decir, que se lo escucha no solo en tanto que enunciadador de una sintomatología, sino como sujeto reproductor de lo que los saberes expertos definen sobre él.

El saber del loco, en estos casos, no hace sino justificar el conocimiento psiquiátrico. No hay casi interés por escuchar, legitimar o dar cabida a las prácticas profanas en su naturaleza de origen. La persona será contemplada mientras responda desde su lugar de enferma y según lo que se espera de ella desde su rol de enferma, es decir, en la mayoría de las ocasiones, reivindicando y consolidando el lugar de los saberes expertos en sus propias biografías.

6. De recuperaciones posibles

A raíz de lo reflexionado previamente, podemos plantear que más allá de toda dimensión clínica, la recuperación en el campo de la salud mental está directamente relacionada, por un lado, con las posibilidades del sujeto de formar parte de su particular proceso, con la posibilidad de que sus perspectivas, sus puntos de vista y sus propias estrategias de supervivencia sean observadas como legítimas en la búsqueda de un mejor estar. Y, por otro, con la posibilidad de una integración activa en el seno de la comunidad, con el hecho de que su diferencia no sea ya observada como una extrañeza que provoca rechazo o paternalismo, sino que pase a ser considerada como una parte más de las diferencias posibles dentro de la heterogénea geografía del corpus comunitario.

Ambas opciones, que no son las únicas aunque sí determinantes, van entrelazadas, no pueden pensarse la una sin la otra. Y para acercarnos a ellas, el planteamiento central como profesionales quizá radique en la necesidad de trabajar en la recuperación y el reposicionamiento social de los sujetos de la locura, y en una labor de sensibilización y de deconstrucción del estigma.

Frente a esto, existen dos caminos fundamentales que podemos tomar. Son dos tareas que, si bien se hacen efectivas en diferentes espacios y de distintas maneras, aún se constituyen como pendientes en términos globales. Nos referimos, por un lado, a la necesaria transformación en las dinámicas internas de los servicios de salud mental y, por otro, a la creación de nuevos espacios, territorios otros, ya desmarcados de toda conceptualización clínica, desde donde trabajar el encuentro o los encuentros entre sociedad y locura. Encuentros ya no atravesados por ideas de lo clínico, en los que la nosología médica no se constituya como eje y referencia de lo relacional, sino lugares en los que los sujetos acce-

dan a la posibilidad de intentar una identidad otra, descolonizada del diagnóstico. Por cuestiones de espacio fundamentalmente, nos centraremos aquí en el análisis del segundo aspecto mencionado, es decir, de aquel que se relaciona con la posibilidad de generar otros contextos desde donde trabajar la problemática mental.

Suponer que la salud solo se construye en el territorio de la clínica implicaría un desconocimiento de las vinculaciones entre los hechos sociales y culturales, y los procesos de aflicción. Entonces, si hemos hablado del estigma, por ejemplo, como parte del dolor que deriva de la constante de habitar un determinado entorno, ¿por qué no pensar en la posibilidad de que ciertos aspectos sociales de la recuperación se produzcan como resultado de un estar, de habitar, contextos comunitarios?

Claro que esto no implicaría, bajo ningún concepto, proponer una terapeutización de la vida cotidiana; no se trata de hacer de lo social lo terapéutico, sino de trabajar a partir de prácticas y herramientas que, en su condición de comunitarias —no clínicas—, contribuyan al reposicionamiento de los sujetos como parte del cuerpo social y ayuden en la posibilidad de reconstruir una identidad erosionada por la condición fosilizada de paciente mental. La terapéutica sería, en todo caso, una consecuencia de la participación normalizada dentro del tejido comunitario.

Pensemos, por ejemplo, en las diferencias posibles entre un taller de artes plásticas realizado con y por personas con problemas de salud mental dentro de un centro de recuperación para este tipo diagnósticos, y pensemos ahora en el mismo taller en un centro cultural de un determinado barrio al que los participantes acudirían ya no como pacientes, sino como aprendices, artistas o estudiantes de expresión o pintura.

¿Qué identidades entrarían en juego en un caso y en el otro?

Al hablar de la posibilidad de generar contextos de encuentro entre locura y comunidad, no queremos decir que estos sean los únicos necesarios para trabajar en el proceso de recuperación. O sea, más allá de los dispositivos médicos y de aquellos que funcionan como bisagra entre lo clínico y lo comunitario, planteamos la urgencia de trabajar en la constitución de territorios que impliquen estar dentro de la comunidad en tanto que ciudadanos de derecho. La figura del club social, que es parte de la cartera de servicios del plan director de Salud Mental, por ejemplo, iría epistemológicamente en este sentido. Sin embargo, la intención nuestra aquí es ampliar y pensar otros espacios u otras formas de articulaciones posibles.

Estos nuevos espacios deben ser pensados, sobre todo, a partir no solo de una lógica de la acogida, de recibir, apoyar y contribuir en una suerte de arqueología de la subjetividad, sino a la vez y fundamentalmente en tanto que territorios de producción social en interacción con la comunidad. Territorios que propongan y produzcan para y con el contexto, a fin de que la esencia de su tarea se constituya más como una política de la intervención que como una disposición a la asistencia.

Esto no tiene por qué implicar el descuido de una perspectiva de cuidado sensible hacia las personas afectadas, sino que viene a proponer que el énfasis de recuperación en este caso estaría ubicado en el trabajo hacia su configuración en tanto que sujetos políticos, capaces de producir obra y sentido, dentro y para el todo comunitario. La cuestión no es despertar compasiones, sino comprensión y respeto en tanto que seres legítimos y socialmente activos. En otras palabras, no hablamos aquí de habilitar espacios en los que puedan ejercer su derecho a la palabra en términos

solo de la posibilidad de enunciación; es decir, no hablamos de instancias para un decir que caiga en el vacío, sino de territorios que provoquen y propongan a su vez verdaderas instancias de producción colectiva de significaciones, de comunicación e interacción con los otros saberes y la comunidad en general; lugares desde los que esa palabra pueda materializarse, transformarse en discurso que contribuya a repensar la salud mental, la locura, el estigma, lo comunitario.

Hacemos referencia sobre todo a dispositivos que se articulen desde los saberes profanos y desde esa capacidad de actuar —o *agency*, en términos de Gramsci (Pizza, 2005)— que aún existe y reside en los sujetos de la locura. Desde allí, estos espacios deberían tener como misión crear y desarrollar redes con entidades, colectivos y profesionales que no estén necesariamente ligados al mundo de la salud mental. Y si lo están, lo importante es que no reproduzcan las relaciones que se suelen establecer en el interior de los dispositivos clínicos, sino que se abran a la posibilidad de otro tipo de encuentros más ligados a lo personal, lo lúdico, lo cultural, lo simétrico.

Queremos señalar aquí que los nuevos espacios a los que hacemos referencia son territorios que acogen y producen, de manera conjunta, desde la producción colectiva entre individuos diagnosticados y no diagnosticados. Hablamos, a su vez, de instancias en las que sean los propios afectados quienes hagan por desarrollar una interacción fluida y permanente con sus redes sociales en sus diferentes grados de intensidad, pero desde otro rol que el que les brinda el trastorno.

Recordemos que, en el ámbito de la salud mental, estas redes se conformarían a partir de diferentes elementos, entre los que podríamos contar la familia, los amigos y las personas vecinas cercanos (primarias), las relaciones laborales, relativas a entidades

y organizaciones comunitarias, culturales, religiosas, etc. (secundarias), y las vinculaciones con las instituciones de la red de asistencia en salud mental y de la red de servicios sociales (redes formales o institucionales).

7. El lugar profesional I. La idea del riesgo, sus temores e inquietudes

Centrémonos ahora en el lugar profesional, en intentar analizar cuál podría o debería ser nuestro lugar en la relación con las personas en este campo de la salud. Más allá de las funciones relativas al núcleo operativo de cada disciplina o conocimiento, nos gustaría empezar hablando de un tema central: la frecuente utilización de la idea del riesgo como factor inmovilizante.

En la actualidad, y no solo en el campo de lo mental, existe una cierta lógica del riesgo utilizada como elemento productor de inmovilización, persecución o contención social.

Es una lógica que forma parte de las estrategias de gobernabilidad de los estados. Sin embargo, el campo de la salud habita los mismos bosques simbólicos y reproduce las mismas prácticas, es parte evidente de lo social.

De hecho, hablamos aquí de la utilización del riesgo porque, precisamente en el campo de la salud mental, esta idea se ha ido transformando en uno de los argumentos más utilizados para promover la inmovilidad, para convocar a las personas a una suerte de estanque o pantano quieto donde nunca pasa nada, sin altibajos, sin conflictos, entendido este por la retórica clínica en términos de compensación o estabilidad. Dice Mauricio

Sepúlveda (2011), uno de los antropólogos que más ha analizado esta idea últimamente, que:

«Desde un punto de vista genealógico, la noción de riesgo, desde los albores de la modernidad, se encuentra fuertemente imbricada a la cuestión del peligro (seguridad), y este con la cuestión del gobierno de las poblaciones. Por ello mismo, desde una perspectiva político-epistemológica, el riesgo no solo será una manera moderna de considerar el peligro, atribuyéndole una probabilidad en un contexto de incertidumbre, sino que además constituye un dispositivo de gobierno inscrito en la gramática del biopoder. De hecho, los riesgos (o peligros) no son datos absolutos, pues existe una selección y una construcción social de los mismos, a través de los cuales estos son moralizados y politizados respectivamente».

De esta manera, Sepúlveda vincula el auge contemporáneo de la utilización del riesgo/peligro con el traslado de un esquema basado en sociedades disciplinarias, a uno centrado en las denominadas sociedades de control. (Sepúlveda, 2011). Este movimiento se manifiesta de otro modo a partir de las transformaciones que implican el pasaje de un sujeto de gobierno pretendidamente dócil y disciplinado, a sujetos pretendidamente libres y autónomos.³

En el caso de los gobiernos y las poblaciones, la utilización del riesgo asume consecuencias de pacificación, de articulación de una sociedad sin conflictos aparentes que, por un lado, observa el conflicto como entidad necesariamente evitable y, por otro, propone la existencia de una sociedad sin altibajos, con una artificiosa uniformidad emocional, en ocasiones similar a la propuesta por los tratamientos medicamentosos. Evidentemente, esto queda lejos de traducirse en una uniformidad real, en una monocromía

3. Conceptos tratados en el apartado «Orígenes de la salud colectiva».

concreta, y las diferencias y los conflictos siguen estallando, con menor frecuencia pero de manera más intensa debido a los constantes mecanismos de control a los que han sido sometidos. Una cuestión es ahogar las posibilidades de expresión del conflicto de una sociedad con el objetivo ficticio de que cese su existencia, y otra muy distinta es intentar comprenderlo para sanarlo colectivamente. Si no le permitimos la expresión, el conflicto estallará en algún momento en nuestras manos.

Trasladando esto al campo de la salud, Breilh desarrolla su teoría relativa a lo que denomina *paradigma del riesgo* (Breilh, 2013). Para este autor, este paradigma, como toda formalización positivista, tiene ciertas características que pueden ser sintetizadas de la siguiente manera:

- Vaciamiento de contenido histórico y reificación de los factores.
- Ausencia de explicación de los procesos generativos y reduccionismo probabilístico.
- Aplanamiento ontológico, metodológico y praxiológico al plano empírico, de factores asociados y manipulables.
- Ambigüedad interpretativa.

Para Breilh (2003, 2013) y Liborio (2013), el riesgo ha sido responsable en parte de la ocultación de los factores sociales, económicos y estructurales a la hora de analizar los procesos de salud/enfermedad. Y al respecto, dice Liborio (2013, pág. 136-141):

«En este aspecto teórico, también es posible abrir puntos de debate en torno a los llamados “determinantes sociales de la salud”, para contrastar con otras perspectivas divergentes y reflexionar sobre la “determinación social de la salud” que implica estudiar los modos de vida históricos y estructurales. Esta categoría abre la posibilidad de analizar

los procesos contextuales y visibilizar la inequidad socioeconómica, desde la complejidad, que el paradigma de riesgo habría ocultado».

Es evidente que la necesidad de utilización del riesgo está ligada a un cierto desmantelamiento de la relación saber-poder del conocimiento científico (Sepúlveda, 2011). A un entenderse en un cierto entredicho que, sumado a la baja estima social de todo paradigma disciplinario, permitía en los tiempos del «gran encierro», en términos de Foucault, tomar decisiones médicas o morales sin tener la necesidad de atravesar juicio alguno.

En la actualidad, la utilización de la noción del riesgo es el «nuevo» y principal argumento para el sometimiento de las personas afectadas a una lógica que, de muchas maneras, continúa siendo disciplinaria y coercitiva en más circunstancias de las que a simple vista creeríamos. La noción de riesgo es el caballo de Troya que enmascara el control, o que quizá ni tan solo logra enmascararlo.

Así, y al mismo tiempo, en el campo de la salud mental la idea del riesgo se manifiesta como herramienta que infunde una cierta pacificación de la duda terapéutica fundante en los saberes expertos. No hay un argumento más sólido que pueda utilizarse o sea utilizado como recurso para la imposición de un itinerario medicamentoso determinado. Ante la duda, la posibilidad del riesgo se asume como factor que determina una obligatoriedad, por ejemplo, a continuar crónicamente con la medicación. Pero al mismo tiempo la idea del riesgo corre el riesgo —precisamente— de transformarse en una invitación al pantano para los sujetos de la locura. En otras palabras, la noción de riesgo articulada como mecanismo de control incorpora el presupuesto de la búsqueda de una estabilidad, pero el problema surge del hecho de asumir la estabilidad del sujeto de la locura en términos de estanque,

de quietud amorfa que va perdiendo entidad a raíz de su propia quietud impuesta como noción falaz de rehabilitación.

En lugar de pensar la estabilidad como punto de partida para la reconstrucción de un itinerario vital con un cierto autogobierno, el riesgo manifestado por los saberes expertos y sustentado en datos estadísticos, por un lado, y en el temor de los propios profesionales a encontrarse con el desgobierno del sujeto, por otro, se va cristalizando como parte del proceso de introyección de una relativa sumisión por parte de la persona a las lógicas ajenas del cuidado.

El sujeto va alejándose de las propias convicciones, de la posibilidad de reconocerse en su proceso terapéutico, y por lo tanto de hacerse cargo de este, de no ser solo cuerpo que manifiesta un síntoma, sino sujeto que actúa sobre él, que toma el control. El conocido «riesgo de recaída» es uno de los decires más utilizados por los afectados a la hora de tomar su medicación psiquiátrica, con lo cual en ocasiones es el miedo/riesgo el que se transforma en generador de una práctica de respeto a las pautas biomédicas sobre el deber ser o deber hacer frente a los problemas de salud mental.

Todo itinerario de recuperación necesita enfrentarse a los altibajos del proceso vital, y puesto que no es posible pensar lo vital sin el conflicto, sin las relaciones dialécticas con las propias posibilidades de cuidado y ordenamiento relativo, no hay recuperación posible sin la asunción de ciertos riesgos.

Y es evidente que no hablamos aquí del riesgo en sí mismo, sino de los usos sociales de la idea de riesgo. El riesgo existe en cada instante de la vida, es parte de la existencia; el problema surge del hecho de su utilización como elemento de control, como freno a las posibilidades vitales, como propuesta de rendición a la existencia en modo «ciénaga».

La utilización del riesgo viene acompañada al mismo tiempo de una negación, de una no confianza en las posibilidades del sujeto. Y sobre esto se vuelve necesario reflexionar para articular prácticas que convoquen al sujeto, que lo hagan parte de su proceso de recuperación desde un lugar activo y no solo el limitado a ejecutar los modelos pautados desde los saberes expertos.

8. El lugar de lo profesional II.

Habitaciones / maneras de habitar

Y ante todo esto continuamos con la pregunta sobre nuestro papel como profesionales. ¿Cuál es el rol que nos toca, entonces, desde una perspectiva que se asuma entroncada en la salud colectiva? Pues asumir el riesgo y abrirse desde el asombro a lo intersubjetivo. Asumirlo de manera compartida, dialogada, construida, delimitada, pensada, comprendida entre los sujetos implicados. Y a partir de esto, desarrollar y pautar las prácticas y los itinerarios. Sepúlveda (2011) nos habla de un «neoprudencialismo» impuesto como mecánica introyectada del control a partir del miedo. Y esto surge en parte de la necesidad de evitar el conflicto interpretado como si no fuese constitutivo de la subjetividad.

Así, ante esto, es necesario pensar que trabajar en salud no necesariamente es eliminar el conflicto, sino en todo caso encontrar las herramientas que nos ayuden a comprenderlo y, en su caso, a poder deconstruirlo.

Por tanto, nos toca habitar, acompañar, observar, escuchar, decodificar. Lo que implica, por ejemplo, la posibilidad de inhibir los excesos de protocolo en el establecimiento de los vínculos para permitir que se instale en uno la posibilidad de una apro-

ximación sensible que nos lleve a plantear las relaciones en ese marco abierto de lo humano, lo social. Queda, sí, la oportunidad de contribuir en el reposicionamiento de esas otras subjetividades desde donde se manifiesta la experiencia del sufrimiento.

Deberemos ser exégetas, decodificadores de sentidos, de aquellos sentidos que *a priori* no suelen observarse a simple vista. Generadores de contextos para la producción colectiva de significaciones y nombramientos, nombramientos que contribuyan a «rehistorizar» el sufrimiento, a darle un sentido, una narrativa. Hablamos de profesionales convocantes, que asuman alojar al otro en su diferencia para intentar comprenderlo y contribuir a la disminución de sus padecimientos.

Un primer paso sería, al menos, abrírnos al trabajo vivo (Merhy, 2006), reflexionar sobre la existencia de esos saberes —que también residen en uno— que no se corresponden con las versiones oficiales e institucionalizadas de los fenómenos y acontecimientos; reflexionar sobre su legitimidad y admitir, en definitiva, las posibilidades que sus articulaciones puedan generar tanto para la construcción del conocimiento en torno al tema, como para la generación de consecuencias de bienestar para las propias personas afectadas.

Reflexionar hasta qué punto se está dispuesto a aceptar la normalidad que existe en esa diferencia diagnosticada, hasta qué punto uno no se impone en ocasiones como obstáculo con argumentos indulgentes sobre el dolor del otro, reteniendo sus procesos autónomos; hasta qué punto no se tejen redes que contienen, algunas veces, a las personas en su lugar enfermo para poder seguir nombrándose uno en tanto terapeuta.

Con esto no pretendo negar la existencia de una cierta sensibilidad en las aproximaciones profesionales, sino plantear que en ocasiones desde estos ámbitos se priorizan las tecnologías duras

del cuidado, los saberes técnicos, los protocolos, las estructuras, los formalismos y los formulismos por encima de la relación intersubjetiva, de toda mirada empática, de encuentro y de búsqueda compartida de posibilidades. Prevalecen los saberes expertos aprendidos por encima de los propios –de los profesionales– saberes profanos intuitivos, también aprendidos. Quizá sea un buen momento para trabajar por ese rescate, por un restablecimiento de la confianza experta en esos conocimientos otros, esos que persisten opacados y velados por el deber ser técnico.

La profesionalidad no viene dada por una aséptica puesta en práctica del mandato que deriva de lo académico o lo institucional, sino que se constituye en ese hacerlo comulgar en equilibrio con lo que en uno reside como sujeto y lo que resulta del encuentro con los que sufren. En el ámbito íntimo de los saberes expertos también existen ocultamientos y negaciones de lo profano; situación que, de revertirse, contribuiría sobre todo a humanizar y flexibilizar las relaciones y los procesos de bienestar en el campo de la salud mental.

Al mismo tiempo, es interesante pensar que uno de los riesgos, como profesionales, reside siempre en la posibilidad de transformarse en parte de un proceso sobre el cual hemos abandonado toda reflexión crítica. En pasar a ser eslabones de una sucesión de estrategias predefinidas y protocolizadas, que terminan por fosilizar las funciones y neutralizar toda noción de sentido en torno a la tarea que se realiza. Como trabajadores en el ámbito de la salud mental, no solo hay que comprender el funcionamiento de los modelos y las estructuras existentes, sino aprender y vislumbrar la posibilidad de transformarlas, de recrearlas para continuar avanzando adaptándolas a las nuevas circunstancias que se irán presentando. Hablamos, también, de una tarea deliberativa, una hermenéutica sobre los aspectos teóricos y prácticos que

nos permitiría como individuos redescubrir permanentemente el significado de nuestra labor.

Queremos decir con esto que todo proceso de salud precisa de lo humano que hay en nosotros.

El cuidado, como diría Paulo Freire, es dialéctico. Es una ida y vuelta entre las diferentes perspectivas posibles en torno a las circunstancias de la aflicción, lo que contribuiría a la consecución de un bienestar. Y ante esto, repito: no puede existir diálogo entre un saber que enuncia y receta, y otro obligado a la escucha pasiva y a la aceptación de esas mismas recetas. El diálogo como consecuencia de lo intersubjetivo resulta cuando ambos interlocutores, asentados sobre similares plataformas de legitimación, se aventuran a la posibilidad del intercambio verbal o gestual coordinados por una situación de respeto mutuo, escucha, complementariedad y legitimidad. Por ello solo es factible el diálogo en tanto derive también de una reapropiación del lenguaje y de las formas de nombrar el sufrimiento por parte de los afectados.

Insistimos: el sujeto no es solo objeto de las prácticas ajenas, ni es solo aquel sobre el que recae una determinada problemática mental, sino que es también sujeto con posibilidades de construir salud, de formar parte de su itinerario de recuperación. En ocasiones a saltos, a tropezones, desordenadas, encriptadas, pero disponen de herramientas que influyen en su concepción de salud o de mejor estar y existen incluso cuando desde el saber experto no estemos en condiciones de verlas o entenderlas como saludablemente legítimas.

Simultáneamente, es necesario comprender que no es posible el trabajo en salud sin un posicionamiento político, sin un cierto sentido de la militancia. La aparente o pretendida despolitización de la salud es una falacia que oculta de modo evidente un posi-

cionamiento en pos del no cuestionamiento de las condiciones existentes en el campo de la salud mental. Por lo tanto, así como lo político es inseparable de lo social, lo es a la vez del campo de la salud. De esta manera, un grupo o espacio de elaboración compartida de los procesos de salud no puede pensarse si no es partiendo de la necesidad de reflexionar —colectivamente— sobre las circunstancias que condicionan la propia naturaleza relacional, por ejemplo, entre saberes expertos y saberes profanos.

Sandra Fagundes solía denominar este proceso *pedagogía de la implicación* (Fagundes, 2006), en tanto que contiene elementos necesariamente constitutivos del trabajo en salud. En otras palabras: no puede pensarse la salud mental colectiva sin el presupuesto de un compromiso militante con los derechos de las personas/pacientes, un compromiso político con su mejor estar que surja de la complementariedad y la horizontalidad entre saberes y sujetos, y sobre todo que sea el resultado de una complicidad (Belloc, 2010) constante y una predisposición al encuentro.

Bibliografía

- Belloc, M. M. (2010). *Homen sem historia. A Narrativa como criação de cidadania*. [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili.
- Bordieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27.
- Bueno, G. (1971). *Etnología y utopía*. Valencia: Azanca [también (1987), Madrid: Júcar].
- Calvino, I. (1957/2015). *El barón rampante*. Barcelona: Siruela.
- Ceccim, R. B. (2007). Invenção da Saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: Nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários*, 33(1), 29-48.
- Correa-Urquiza, M. (2015). *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., y Martínez Hernández, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Revista Quaderns*, 22.
- Cortázar, J. (1963/2000). *Rayuela*. Barcelona: Alfaguara.
- Fagundes, S. (2006). *Águas da Pedagogia da Implicação: Interssesões da educação para políticas públicas de saúde*. [Tesis doctoral]. Universidad Federal do Río Grande do Sul.
- García, J. (2010). La sutil frontera. *Revista Bostezo*.
- Geertz, C. (1973/2000). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1963/1989). *El estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). <http://tinyurl.com/k8azumj>
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- Kleinman, A., y Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Toward and ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(3), 275-301.
- Kleinman, A., y Kleinman, J. (2000). Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio- somática del sufrimiento. En E. González y J. M. Comelles (Eds.), *Psiquiatría transcultural* (págs. 13-35). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Liborio, M. (2013). Por qué hablar de salud colectiva. *Revista Médica Rosario*, 79, 136-141.
- Malouf, A. (2009). *Identidades asesinas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martínez, A., y Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado. Nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278. doi: 10.18294/sc.2017.1168.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merleau-Ponty, M. (1981). *La fenomenología de la percepción*. Barcelona: Gedisa.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, «capacidad de actuar» (*agency*) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.

- Sepúlveda, M. (2011). El Riesgo como dispositivo de gobierno: Neoprudencialismo y subjetivación. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20(2).
- Spinelli, H. (2005). Condiciones de salud y desigualdades sociales: Historias de iguales, desiguales y distintos. En M. C. S. Minayo y J. R. Coimbra (Eds.), *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz. <http://books.scielo.org>
- Terradas i Saborit, I. (2004). La contradicción entre identidad vivida e identificación jurídico-política. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 20, 63-79.
- Trias, E. (1999). *La razón fronteriza*. Barcelona: Destino.
- Trias, E. (2000). *Ética y condición humana*. Barcelona: Península.

Capítulo II

Hegemonía, subalternidad y participación social

Asun Pié Balaguer

El presente capítulo expone la necesidad de otra desinstitucionalización, o de una desinstitucionalización permanente situada en los modos de tratar y pensar la salud mental. Más específicamente, nuevos escenarios de gestión del sufrimiento psíquico, más allá de las lógicas *psi*.

Como hemos visto, la reforma psiquiátrica tardía en España (años setenta y ochenta) no alcanzó a promover redes sociales capaces de sostener y acompañar el sufrimiento psíquico de ciudadanos psiquiatrizados. Aunque esta fue su intención, la externalización de los pacientes terminó en la mayoría de los casos en un abandono a la deriva. Tampoco la recuperación de redes y lazos sociales sufrió mejor suerte. Si bien la reforma supuso mejoras en algunos asuntos, no existió un cambio real en las formas de tratar y considerar la salud mental.

La simetría en las relaciones, el diálogo en los tratamientos, la asunción de los derechos de los pacientes en el trato quedaron relegados a un segundo plano. La sospecha de algunos sectores del movimiento antipsiquiatría (Laing o Szasz) de que la reforma pudiera ser simplemente una ocasión para psiquiatrizar y manicomializar otros terrenos tomó forma en las décadas sucesivas. La realidad es que los muros físicos de los manicomios se destruyeron a favor de una contención química de los cuerpos, sin cuestionar las bases del modelo biomédico. A ello ha contribuido el poder de la industria farmacéutica y su excesiva influencia sobre la práctica psiquiátrica.

El apogeo reformador de los setenta y ochenta disminuyó progresivamente mientras lo biomédico colonizaba nuevos lugares, y la conciencia social descansaba en la idea de que el trato era más humano y adecuado. La cuestión en todo este proceso es que las lógicas manicomiales siguieron presentes, se generalizaron a distintos territorios y se naturalizaron en la mayor parte de los recursos de la red de salud mental.

«Las formas de encierro, sin huida posible hacia el mundo, la sociedad o la comunidad, las encontramos todavía (a pesar de que con otras palabras y otras prácticas) de forma más o menos activa en proyectos, políticas, leyes y discursos que fundamentan la acción psicopedagógica. Ahora ya no se trata de ver este encierro como un encierro o extrañamiento del mundo sin su dimensión física, sino que más bien se trata de un distanciamiento simbólico» (Planella, 2009, págs. 168-169).

No ha existido realmente un cambio en los modos de hacer y pensar la salud mental, sino una transformación de los tipos de gobierno de la diferencia más acordes con lo inadmisibile del encierro físico en un Estado democrático y de derecho. La apertura de servicios no es suficiente para alejarse de las lógicas manicomiales. En este sentido, es fundamental una deconstrucción de la locura, de las funciones profesionales y las propias instituciones acorde con el desplazamiento y cambio de mirada introducido en el anterior capítulo. Por ello, el esfuerzo lo pondremos en fundamentar otras prácticas posibles, otros escenarios y otros derroteros a partir de los cuales podamos ahondar en lo que significa ese punto de arranque situado en la salud mental colectiva.¹

1. Encontraréis más información sobre la deconstrucción de la locura en el capítulo I.

1. La lógica biomédica en las profesiones de lo social

«El determinismo biológico es la negación a que, en la jerarquía del orden de las cosas, lo cultural o lo psicológico afecte a lo biológico. Es la ilusión de la independencia de lo biológico de todo contexto social e histórico que se expresa en dos direcciones: una autonomía de los procesos biológicos con respecto a la psicología y a las relaciones sociales y una dependencia de estos dos órdenes del substrato natural» (Martínez, 2008, pág. 48).

Lo relevante del paradigma biomédico es la negación de la casuística social y cultural en los procesos de enfermar. Estos ámbitos se consideran solo en la órbita epifenoménica de la enfermedad. Es decir, como secundarios o en el mejor de los casos complementarios al tratamiento principal. En síntesis, imperan las explicaciones unicasales (*bio*) sobre las enfermedades, defendiéndose una idea de salud estándar universal que no considera la interdependencia entre normalidad biológica y normatividad social, ni las especificidades locales de referencia de los sujetos. De todo ello, se extrapolan las tres características fundamentales del paradigma biomédico, que son la unicasalidad, la universalidad y la unidimensionalidad.

Rasgos estructurales del modelo médico

Para Menéndez (1988, pág. 452), los principales rasgos estructurales del modelo médico hegemónico son biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesio-

nalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico.

Es en este contexto de dominio y monopolio biomédico donde debemos situar la jerarquía de saberes que impregna el campo profesional. Para Menéndez (1988, pág. 451), entendemos por modelo médico hegemónico (MMH):

«[...] el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado».

Esta subalternidad de las otras prácticas y saberes ha cercenado la pluralidad de aproximaciones a los sufrimientos mentales. Los distintos recursos y servicios muestran una organización disciplinar jerárquica que borra lo cultural y lo social como campos de acción profesional. Dicha jerarquía ubica a algunos profesionales como meros ejecutores de indicaciones psiquiátricas que no modifican los supuestos biomédicos de partida, aunque efectivamente abren su campo de acción más allá de la consulta. Esto ha dado lugar a una falta de discurso propio sobre la salud a educadores, pedagogos y maestros, entre otros. El biologismo (rasgo estructural del MMH) constituye un factor que garantiza la diferenciación y jerarquización respecto a otros factores explicativos. Es decir, subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado, en función de este

rasgo, como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan la enfermedad (Menéndez, 1988).

Es evidente que el monopolio del paradigma biomédico ha terminado abonando el campo de la sobremedicación y ha supuesto, también, un efecto silenciador de las narrativas subjetivas de aflicción. Debemos entender también que dicho paradigma va de la mano de la institución hospitalaria y del encierro. Dos tipos de tratamiento comúnmente adheridos a la lógica de la pastilla y la negación de la dimensión subjetiva del sufrimiento.

Para Menéndez, el análisis de los procesos de expansión del modelo médico hegemónico permite la comprensión de acciones alternativas a este. El autor comprende la expansión del MMH de modo dinámico. Es decir, aquella depende tanto del sistema dominante como de las transacciones con las clases subalternas. Pero lo que resulta más relevante para nuestro caso es analizar cómo estas transacciones suponen la existencia de prácticas alternativas que el sistema trata de capturar en su proceso de expansión (Menéndez, 1984).

Gramsci (1975) nos da cierta idea de la productividad de la hegemonía en cuanto genera, en sí misma, procesos de mestizaje, resistencia o retroceso. En este sentido, para construir planes de acción y comprensión de la salud mental desde las producciones de los colectivos subalternos es imprescindible pararse en la propia hegemonía como concepto.

2. La hegemonía de Gramsci

El concepto de hegemonía definido por Gramsci (1975) procura comprender la dialéctica entre coerción y consenso de

un modo que supera las tradicionales interpretaciones economicistas. En esta dirección, uno de sus grandes aportes es la introducción del papel de la cultura en este análisis de la dominación.

El autor termina comprendiendo la hegemonía como un tipo de dominación en el que la coerción y la violencia no desaparecen, sino que coexisten en una suerte de aceptación del poder, más o menos voluntaria y consensuada, por parte de los subalternos. Esta aceptación está mediada, según él, por las formas culturales de interacción entre dominados y dominadores. Esto significa que la hegemonía implica que los valores y la visión del mundo de las clases dominantes se convierten en una especie de sentido común compartido. Este sentido común se adquiere a través de la educación, la religión y la cultura.

Para Martínez (2012), la locura no se opone a la razón, sino al sentido común. Nos dice que la locura está relacionada con algo obsceno (fuera de escena) porque rompe con este sentido común, producto de las tensiones producidas por la hegemonía. Justamente lo que irrita y espanta de la locura es el colapso que produce en la convención social. Pone en cuestión un arbitrio naturalizado que de otro modo difícilmente sería cuestionado. Por tanto, uno de los impactos sociales de la locura será este carácter desnaturalizador y deconstructivo del sentido común (y buen sentido). Esto contextualiza el permanente ocultamiento que opera en el terreno de la locura, sea este físico o simbólico (volveremos a ello más adelante).

Según Szurmuk y McKee (2009), hay tres elementos que deben destacarse en la formulación gramsciana del concepto de hegemonía.

- El carácter dinámico del proceso que conduce a la hegemonía, en el que se dan tensiones y resistencias permanentes.

- El papel activo de los sujetos subalternos que señala este dinamismo.
- La articulación de formas económicas, jurídicas y políticas del poder, con dinámicas de intercambio y conflicto cultural e ideológico.

El interés de Gramsci por la hegemonía no estaba únicamente conectado con cuestiones conceptuales, sino que suponía un proyecto hegemónico alternativo que llevaría a los grupos subalternos al poder.

Sostenemos este interés sobre la hegemonía en el sentido de que debiera permitirnos analizar y comprender su proceso de constitución en el marco contemporáneo. Analizar y comprender para incidir en los elementos culturales que permitan revisar ese sentido común. Su formulación de la hegemonía como un proceso que incluía la cultura de manera central significa que identificaba, en esta dimensión cultural, un eje crucial en la constitución de una alternativa revolucionaria (Szurmuk y McKee, 2009).

Es esta cuestión, entre otras, la que da sentido y justifica el trabajo de producción cultural en el terreno de la salud mental. Pero cabe señalar que Gramsci no tenía una visión esencialista de la cultura. Esta era entendida como pensamiento en acción y proceso dialéctico de conocimiento, producción y transformación del yo, dentro de un campo de fuerzas (Pizza, 2005). En esta dirección, Gramsci estudiaba las transformaciones individuales y sociales de un modo dialéctico. Se esforzaba por elaborar una teoría viviente, esto es, conectada con la experiencia encarnada. Comprender y sentir eran, para el autor, un par indisoluble en la acción intelectual. Es la experiencia de la vida real (teoría viviente) la que produce una actividad práctica y un diálogo de transformación.

Si la hegemonía no es ajena al conflicto —como así han defendido lecturas posteriores de Gramsci: Genovese (1976) y Thompson (1975), entre otros—, deberemos asumirlo entonces como un campo de posibilidades en tensión, como desacuerdos posibles que abren una pluralidad de significaciones sobre la locura. Como nos decía Martínez (2012), el sentido común de la locura está por construir.

En esta idea de conflicto, Scott (2000) identifica las formas triviales y cotidianas de resistencia que revelan lo que llamó *discursos ocultos* (Szurmuk y McKee, 2009). Según el autor, los subalternos cuestionan y desafían el poder hegemónico de múltiples maneras a lo largo del día. Se trata de pequeños actos aparentemente triviales que señalan una ausencia de hegemonía (microrresistencias). Para Gramsci no existe una separación radical entre cultura hegemónica y subalterna. Esta lectura ha sido un equívoco producido por algunos de sus lectores. La hegemonía no es solo el poder estatal que ejerce una autoridad en la acción coercitiva y la organización de un consenso naturalizado por los sujetos como espontáneo. Hegemonía es también una política de transformación ejercitada a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modeladora del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos (Pizza, 2005).

Es esta segunda acepción la que nos interesa aquí, dado que se subraya lo dialéctico de la relación hegemónica; esto es, la capacidad crítica y antagonista de los subalternos. Por ello, es fundamental para la comprensión de las relaciones hegemónicas el análisis situado de las relaciones de fuerza, que actúan no sobre los sujetos ya constituidos, sino sobre la construcción de su subjetividad (Pizza, 2005). Y este análisis de las relaciones de fuerza hay que unirlo a la acción motivada del sujeto encarnado.

La comprensión de lo hegemónico y lo subalterno de un modo dialéctico explica el sentido de los estudios culturales posteriores, como los de Néstor García Canclini (1989), donde se pone el foco en las intersecciones entre cultura dominante y cultura popular. Canclini no cree en un *afuera* de la cultura popular en relación con la hegemónica, sino en una relación de mutua afectación (hibridación). No hay, según él, una clara oposición entre hegemónico y subalterno, como si se tratara de conjuntos distintos y enfrentados. El concepto de cultura híbrida de Canclini pretende, por lo tanto, superar dicha dicotomía. En esta dirección se debe prestar atención a la diseminación de centros, la multipolaridad de las iniciativas sociales, la pluralidad de las referencias –tomadas de diversos territorios–. Se trata también de analizar las actividades solidarias o cómplices entre ambos grupos, revelando así la medida en la que ellos se necesitan (Canclini, 1989).

Esto resulta de gran interés en el terreno de la salud mental en tanto puede permitir comprender las complejidades dialécticas de las partes implicadas en los procesos de construcción hegemónica (resistencias, pasividad, aceptación, interiorización, consenso) de todos los sujetos concernidos y, por lo tanto, impulsar acciones de transformación.

La enfermedad mental según Gramsci

Gramsci consideraba la enfermedad mental como un proceso de incorporación de las contradicciones históricas determinadas por relaciones de fuerza. Esto quiere decir que resulta fundamental el análisis situado de las relaciones de fuerza en la construcción de subjetividades. Este análisis incluye la comprensión de las motivaciones de los sujetos encarnados. Las personas son actuadas en campos estratégicos concretos, pero también actúan ellas en sentido transformador.

Para Szurmuk y Mckee (2009), un elemento central en todas las aproximaciones al concepto de hegemonía es la atención dada a los procesos culturales que acompañan o dan sustento al ejercicio de dominación y resistencia. Esto es, la noción gramsciana de hegemonía entiende la cultura como un espacio de intervención y conflicto que resulta central en las formas que se ejerce y se contesta el poder. Aun así, nunca está claro cómo opera la cultura en la hegemonía, entre otras razones porque no hay una oposición clara entre subalternos y hegemónicos (noción híbrida), y porque no resulta sencillo conectar formas de producción cultural con proyectos de transformación democráticos.

3. Lo contrahegemónico. Riesgos y posibilidades

El riesgo de la producción contrahegemónica es construir un único sentido que aplaste la pluralidad subjetiva. Es decir, los distintos modos posibles de gestionar el sufrimiento. Uno de los riesgos, por lo tanto, es que la resistencia contrahegemónica genere la misma unidireccionalidad que critica y, lo que es más importante, que suponga fácilmente un disciplinamiento del cuerpo, una manipulación más o menos bien intencionada.

Las posiciones contrahegemónicas deben estar alerta respecto a sus propios peligros. Por un lado, las vías de sentido único son las que a nuestro parecer deben evitarse. Por otro lado, también es de rigor resistirse a los procesos de captura del potencial transformador impulsados por la propia hegemonía.

A Gramsci le interesaba conocer la manera de transformar en una fuerza histórica la energía potencial de las clases subordinadas. El autor entendía que un componente de la desigualdad

es la incapacidad de las gentes subalternas para producir interpretación coherente del mundo en el que viven, susceptible de cuestionar las interpretaciones hegemónicas existentes, parcial o totalmente interiorizadas. No negaba que las gentes subalternas tuvieran su propia concepción del mundo, sino que señalaba su carácter fragmentario, incoherente y contradictorio; gentes, como recuerda Crehan (2002, pág. 126):

«[...] carentes de una percepción clara y rigurosa del entorno local de opresión y de su relación con las grandes realidades políticas y económicas, algo esencial si una concepción subalterna aspira genuinamente a convertirse en contrahegemónica».

Nos parece relevante la desmitificación de la subalternidad en tanto que permite una aproximación más realista y un análisis más acorde con sus propias dificultades. Por tanto, no se trata de idolatrar el carácter de las clases oprimidas, sino de detectar los nudos de su buen sentido (núcleo positivo del sentido común), o lo potencialmente coherente y transformador de su modo de ver el mundo.

En su análisis sobre la importancia del folclore, Gramsci subraya la necesidad de diferenciar los estratos fosilizados y, por lo tanto, conservadores y reaccionarios de los estratos que consisten en una serie de innovaciones creativas y progresistas, determinadas por las formas y condiciones de vida que están en proceso de desarrollo y en contradicción con, o simplemente difieren de, la moralidad de los estratos gobernantes (Crehan, 2002). Esto nos señala que lo fragmentario o incoherente puede encerrar un potencial innovador e instituyente. Y ello aunque tenga un carácter fundamentalmente espontáneo y casual.

Por tanto, la construcción del sentido común de la locura, al que apelaba Martínez, bien puede pensarse desde el rescate de los elementos innovadores del discurso subalterno y sus nuevos significados. Algo así como la captura de un contrasendio común que abre disposiciones inéditas para la comprensión y tratamiento de los padecimientos mentales.²

4. ¿Pueden hablar los subalternos?

Los discursos posmodernos (Foucault, Deleuze y Guattari, entre otros) señalan el equívoco de las posiciones demiúrgicas o iluminadas. Es decir, la presunción de saber sobre el bien del otro o sobre su verdad. Estas posiciones foucaultianas y deleuzianas llevaron a considerar que los sujetos no tienen que ser representados ni hablados por nadie, sino que ellos pueden tomar la palabra; es decir, esta no es tanto dada, sino más bien tomada. Pero existe un problema en esta posición. Lo plantea Spivak (2009) en su trabajo *¿Pueden hablar los subalternos?*: la cuestión para la autora es que estos no siempre pueden hablar y que resulta una falacia abandonarlos a su suerte en nombre de dichos fundamentos foucaultianos. Es decir, la autora se cuestiona la posibilidad de resistencia ante cualquier circunstancia.

Spivak en cierto modo enfrentó a Marx con Foucault y Deleuze. Para la autora, el primero conserva el carácter heterogéneo del subalterno, mientras que los otros lo ignoran. ¿Por qué? Según Spivak (2009, pág. 16), porque:

2. Estas cuestiones se retomarán en el apartado «Narrativas, arqueologías y sentidos» del presente capítulo.

«[...] para Marx la clase es algo artificial creado por determinadas condiciones económicas de existencia. No hay esencialismo de clase y por consiguiente el sujeto de la misma está dividido y fracturado».

Así como los campesinos, para Marx, no podían representarse, tampoco pueden hacerlo otras situaciones de radical subalternidad. Veámoslo.

Spivak partirá del análisis de la subalternidad de la mujer tomando como punto de referencia el rito sati y un caso concreto, el de la joven Bhubaneswari Bhaduri, que se ahorcó con diecisiete años en el modesto apartamento de su padre en el norte de Calcuta, en 1926. Este punto de partida sirve a Spivak, justamente, para repensar el proyecto intelectual de Foucault y Deleuze. Los motivos que llevaron a Bhubaneswari Bhaduri al suicidio fueron, *a priori*, un misterio. Al tener la menstruación en el momento de acometer el suicidio no podía deducirse que la razón fuera un embarazo ilícito y, en consecuencia, una relación ilegítima. Más tarde se demostró que era miembro de uno de los muchos grupos relacionados con la lucha armada por la independencia de la India. Se le había asignado un asesinato político e, incapaz de afrontarlo, consciente de la necesidad de realizarlo, se suicidó. Pero su suicidio tomó una especial configuración. Bhubaneswari sabía que su muerte sería interpretada como un acto originado en una pasión ilegítima. Es decir, como una cuestión personal que exigía un acomodo con las normas sociales. Por esta razón, esperó a tener la menstruación. Así, Bhubaneswari reescribió el texto social del suicidio-sati al generalizar lo que sanciona el suicidio femenino, no simplemente negándolo, sino desplazándolo en la inscripción psicológica de su cuerpo (Spivak, 2009).

El rito sati

El rito sati consistía en inmolarse en la pila funeraria del marido, recientemente fallecido. Estuvo vigente hasta aproximadamente 1829. Como describe Edward Thomson, uno de los autores citado por la misma Spivak: «El sati adoptó generalmente la forma del ser quemada viva; pero en la zona de Teluga, incluyendo Vijayanagar, se trataba a veces de ser enterrada viva» (Thomson, 1928, citado por Spivak, 2009). Las lecturas colonialistas y simplistas que se efectuaron sobre el rito sati generaron controversias y estudios posteriores orientados a ampliar su comprensión incorporando los motivos culturales, simbólicos, religiosos, etc., implicados en dicha práctica.

Según Thomson (1928, citado por Spivak, 2009):

«El gesto desplazante —esperar a tener la menstruación— es una primera subversión del interdicto contra el derecho de la viuda que tiene la menstruación para autoinmolarse; la viuda no limpia debe esperar, públicamente, hasta el baño purificante del cuarto día, cuando ya ha desaparecido la menstruación, para reclamar su dudoso privilegio».

La joven se suicida de manera planificada, esperando a tener la menstruación, y cuando se encuentra en su día álgido se ahorca. Tal planificación obedecía al hecho de que no quería que se interpretara su suicidio como un gesto realizado por su tremenda vergüenza ante el embarazo y el amor ilícito. Al comprobarse que en el momento de ahorcarse tenía la menstruación, quienes la atendieran sabrían que su suicidio estaba vinculado a su activismo político en cuanto miembro de un grupo de liberación nacional. Pero esto no ocurrió así. El acto de Bhubaneswari no fue leído en su carga política, no como una reescritura subalter-

na del suicidio sati. Su estrategia de acometer el suicidio con la menstruación no fue decodificada como la autora pretendía. Existió un fracaso terrible en su intento de comunicación. Y este fracaso fue lo que motivó el interrogante central de Spivak: ¿pueden hablar los subalternos?

Cuando las estructuras simbólicas, culturales o religiosas ejercen una determinada presión y significación, ¿es posible emprender actos de subversión? O, en cualquier caso, ¿no tomarán estos actos una significación de acomodo con las reglas establecidas no prevista por sus autores? ¿En qué circunstancias, por tanto, pueden y no pueden hablar los subalternos?

Para la autora, la posibilidad de hablar no hay que darla por sentada. Ello indica la ignorancia sobre la heterogeneidad del sujeto oprimido. Esta ignorancia la vemos en la pretensión de universalizar —en cualquier situación— determinados principios de representatividad directa. Los principios deben ser cartas de navegación, no dogmas aplicados descontextualizadamente sin tener en cuenta la complejidad de los padecimientos psíquicos y las diferencias entre los sujetos subalternos.

Si efectivamente los subalternos no pueden hablar (especialmente en determinadas circunstancias de radical discriminación) y la historia nos señala que dicha subalternidad está relacionada con un haber sido excesivamente hablados por otros, ¿cómo resolver la disyuntiva? El silencio por sí mismo no romperá con dicha subalternidad, ya que esta discurre en distintos terrenos y no únicamente en el plano dialógico; luego, ¿debemos seguir hablando por otros? O al contrario, ¿no debemos hacerlo aun cuando se están vulnerando derechos fundamentales?

Los planteamientos expuestos por Spivak nos llevan, pues, a revisar la aplicabilidad de la lucha encarnada y su discurso en distintos contextos de subalternidad. Cabe aclarar aquí que la

subalternidad es un concepto relacional y relativo. Esto es, se puede ser subalterno y dominador, simultáneamente, en función del contexto y los otros agentes de relación inscritos en este. Es decir, la pregunta acerca de si un sujeto es o no subalterno no puede responderse en términos esencialistas, sino que depende de con quién se le relacione (Asensi, 2009).

Pero Spivak aclara justamente que, si el concepto de subalterno se utiliza únicamente desde su vertiente relacional, pierde su potencial político. Es decir, se vacía de contenido. Por este motivo, me parece pertinente señalar la definición propuesta por Asensi (2009, págs. 35-36):

«[...] propongo considerar subalterno a aquel o aquella que muy difícilmente puede entrar en la categoría de lo relacional. Se trataría de reservar la categoría de subalterno a aquellos grupos cuyo común denominador es la imposibilidad de satisfacer unas necesidades vitales sin las que resulta en extremo difícil vivir la propia vida. O dicho de otro modo: si la subalternidad es una función relacional, esta debería designar aquellas singularidades o grupos en los que la función subalterna es una constante. El subalterno sería aquel o aquella cuya vida resulta insoportable e invivible hasta el punto de que ello amenaza la posibilidad misma de su vida en sentido literal o simbólico. El subalterno ve administrados su cuerpo y su mente de una manera en que es conducido a una agonía que supone para él o ella un callejón sin salida».

Aún más, aclara el autor que si la subalternidad no puede ser identificada con determinados sujetos singulares (mujeres, inmigrantes, etc.), tiene su causa en la irreconocibilidad del individuo que puede estar en ese lugar (Asensi, 2009). Lo que se señala en estas cuestiones es que, más allá del carácter relacional de la subalternidad, existe una constante en determinados sujetos o

grupos que marca una diferencia. Es la idea de un estar constantemente mordidos por la función de la subalternidad. Por ello, Asensi argumenta que el subalterno es el lugar donde resulta difícil, si no imposible, revertir la función de subalternidad.

La cuestión es que el colectivo de personas con diagnóstico psiquiátrico (si no todo, una parte de él) vive, mayoritariamente, ajeno a su propia discriminación social o subalternidad. En muchos casos estas personas han interiorizado dicha inferioridad social, la han naturalizado en su condición de «enfermas» hasta su reproducción. Han marcado en su propia piel el mandato social de ocupar un lugar subalterno (enfermas pasivas). No hay aquí conciencia de subalternidad (aunque probablemente sí la haya de enfermedad), entre otras razones, porque las explicaciones del modelo médico hegemónico desactivan lo político. En estas circunstancias, sentarse a esperar a que tomen la palabra por y para sí mismas parece, como mínimo, un acto más que las mantiene sujetadas en la subalternidad.

Spivak plantea que los discursos de Deleuze y Foucault no son liberadores, sino que además forman una de las defensas más sólidas del pensamiento occidental. Fundamentalmente, señala su acriticismo con su propia ideología y su contradicción al hablar de la disolución del sujeto moderno pero enalteciendo un sujeto, más bien grupo, revolucionario, lo cual inaugura un nuevo sujeto. Y al hablar de un sujeto (grupo) unitario terminan ignorando que no todas las situaciones subalternas son equiparables. En otras palabras, como decíamos (Asensi, 2009, pág. 13):

«[...] lo que, en definitiva, hacen Foucault y Deleuze es dejar de lado la fuerte heterogeneidad del sujeto oprimido [...]».

Uno de los problemas de las tesis de Foucault y Deleuze lo sitúa Spivak en la significación de la palabra *representar*. Para la autora, estos autores ignoran o esconden el doble significado de la palabra *representación*. Representación quiere decir tanto «hablar por alguien», tal como sucede en el campo de la política, como «volver a presentar algo», como sucede en el campo del arte. Para Spivak, hay una confusión terrorífica en los usos de la palabra *representación*: la de «hablar por» y la de «sustituir». La brutalidad política se desprende del hecho de considerarlas equivalentes, viendo al que representa como idéntico al representado. Y es esta reducción la que niega las diferencias consustanciales a determinadas situaciones de subalternidad. Entonces, cuando se dice que no se debe representar a nadie, ¿qué se está diciendo?, ¿que el intelectual ya no necesita hablar por esos oprimidos, ya que estos hablan por sí mismos?, ¿o que el intelectual o el sujeto en general no posee una conciencia representativa adecuada a la realidad? (Asensi, 2009).

Para Spivak la práctica radical debe prestar atención a esta doble vertiente de las representaciones, más que reintroducir al sujeto individual a través de los conceptos totalizadores de poder y deseo, es decir, reintroducirlo como una posición metodológica irreductible. La autora de algún modo reprocha el olvido que hacen Deleuze y Foucault de una superestructura económica, el borrado efectivo de los ingredientes textuales con los que el sujeto puede ocupar o subvertir su itinerario, lo cual finalmente favorece una reproducción de las condiciones hegemónicas.

Más allá de la complejidad de su argumentación en cuanto a crítica al posestructuralismo francés se refiere, quisiéramos volver a la acepción del concepto de representación relacionada con el «volver a presentar» planteada por Spivak. Dicha acepción implica, en nuestro campo, volver a pensar el fenómeno de la

locura. Pero lo que parece en este caso irrenunciable es incluir en este debate a las personas concernidas. Hablar de su condición social, del lugar o no lugar que ocupan, de deseos y aspiraciones barradas o borradas, de violencias estructurales sistemáticas. Y en cualquier caso, denunciar las equivalencias entre quien representa y a quien se representa.

En realidad, con esto no se resuelve el tema de si pueden o no pueden hablar los subalternos, pero abre alguna posibilidad a la construcción de subjetividad. Esto es, pensar el tema convocando a dicha construcción o arqueología de la subjetividad (que más adelante retomamos). Entre otras cuestiones es importante porque, como recuerda Spivak, el subalterno lo es en tanto que desconoce su propia subalternidad e interioriza los valores hegemónicos como propios. Se trata, por tanto, de desocultar su condición social, plantear resistencias al rechazo social y, en consecuencia, construir un lugar para el diálogo donde se empiece a habitar la palabra como sujeto de enunciación, sin ser habitado por el mandato social de inferioridad.

Obviamente, esta es una cuestión de proceso, no de iluminación de una verdad conocida de antemano por el profesional. Esto es, no se trata de hacer las preguntas de las que ya se conocen las respuestas, sino de articular escenarios de diálogo. No hay discriminación más potente y radical que la naturalizada en el cuerpo. Lo vemos en otros colectivos (mujeres, personas racializadas, colectivo LGTBI, etc.) que ya han hecho su recorrido histórico hacia la liberación. La radicalidad de la discriminación y subalternidad de las personas con diagnóstico psiquiátrico es evidente. Son vidas que no importan, cuerpos que no importan, deshechos psíquicos. La cuestión es que parecen importar tanto, es decir, abrir tantas cuestiones que nos inquietan que, justamente por ello, cerramos la angustia a golpe de ninguno.

Probablemente lo que está ocurriendo no es que no puedan hablar, sino que estamos sordos. Por ello, entre otras cuestiones, es necesario volver a presentar el fenómeno de la locura desde un registro que no apele a la patología sino, decíamos, a otro sentido común en los modos de transitar la vida. Aun con ello, esto no invalida la necesidad de comprender estas controversias (entre los discursos posmodernos y poscoloniales) como parte del elenco de riesgos de las posiciones contrahegemónicas.

En síntesis, cabe tener en cuenta las tensiones y contradicciones que se producen en las situaciones de radical subalternidad. No se trata de abandonar a los sujetos a su suerte en nombre de su subjetividad política (desactivada en la mayoría de los casos e inviable sin una transformación estructural), ni de caer en la lógica de la representatividad de hablar por otros equiparando ambas partes, ni de iluminar ninguna verdad sobre situaciones de opresión desde el privilegio que otorga la no opresión, ni de suponer falta de autonomía para luego devolverla. No tenemos una solución frente a esta controversia, pero sí nos parece importante visibilizar y soportar sus tensiones, así como hilvanar procesos de construcción conjunta con los colectivos subalternos que permitan habilitar espacios de diálogo.

En síntesis, Spivak nos sirve para alertarnos de la aplicación de los supuestos defendidos por Foucault y Deleuze en cualquier circunstancia y momento. Como ella hizo antes, tratamos de evitar los efectos políticos perniciosos de convertir las tesis de estos dos autores en dogmas cerrados sin reflexión contextual referida a nuestro momento y nuestras circunstancias.

5. Agencia y microrresistencias

El término *agency* se incorporó en los estudios de la antropología del cuerpo a finales de los años ochenta del siglo pasado para subrayar la necesidad de tener en cuenta la capacidad de actuar de las personas en la investigación de los procesos socioculturales. Este enfoque se inspira en los movimientos feministas, que han sido uno de los primeros sujetos sociales en subrayar la importancia de la esfera personal, de la corporeidad, en el análisis de las dinámicas políticas y de la participación en ellas.

Agency refiere también no solo las modalidades a través de las cuales los seres humanos son construidos socialmente, sino los modos mediante los que estos construyen la sociedad con sus prácticas.

La noción de *agency* subraya de qué modo la capacidad de actuar de las personas puede influir y modificar las estructuras sociales y políticas y, al mismo tiempo, de qué manera tales estructuras tienden a influir, condicionar o dominar la capacidad de los sujetos (Pizza, 2005). En términos de Gramsci, el gorila amaestrado tiene una voluntad.

En esta dirección, es importante comprender de qué están hechas las microrresistencias cotidianas. La capacidad de agencia (*agency*) se hace evidente en los modos de cooperar, obedecer o responder a las expectativas sociales. Para ello, retomamos los conceptos de ajustes primarios y secundarios propuestos por Goffman (1961), lo cual nos permitirá dar un nuevo marco contextual a dichas microrresistencias.

De los ajustes primarios, Goffman (1961, pág. 190) indica lo que sigue:

«Cuando un individuo coopera en una organización, aportando la actividad requerida en las condiciones requeridas —en nuestra socie-

dad, sobre la base de ciertas pautas institucionalizadas de bienestar, impulsado por incentivos y valores conjuntos, y precavido por las advertencias—, se ha transformado en un cooperador; en lo sucesivo será el miembro “normal”, “programado” o “construido”. Da y recibe, con el ánimo debido, y según lo que estaba sistemáticamente planeado, implique esto poco o mucho de sí mismo. En definitiva comprueba que oficialmente se le pide que sea ni más ni menos que lo que estaba preparado a ser, y que se le obliga a vivir en un mundo con el que tenía afinidades análogas. En estas circunstancias, hablaré de un ajuste primario del individuo a la organización [...]».

Es decir, los ajustes primarios están relacionados con la asunción individual de los requerimientos sociales e institucionales. Así pues, con el cumplimiento de las expectativas sociales que se asignan a los individuos en función de la clase social, el género, color de piel, etc. Estas expectativas sufren cambios en función de las características de los individuos, su estatus social, sus presuntas dificultades, rol social, etc.

En contrapartida, Goffman (1961, pág. 190) nos dice lo siguiente de los ajustes secundarios:

«[...] el ajuste secundario, que defino como cualquier arreglo habitual, que permite al miembro de una organización emplear medios o alcanzar fines no autorizados, o bien hacer ambas cosas, esquivando los supuestos implícitos acerca de lo que debería hacer y alcanzar, y, en última instancia, sobre lo que debería ser. Los ajustes secundarios representan vías por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto».

Esto significa que, por razón de subalternidad, una determinada institución puede otorgar a sus miembros roles pasivos y

que los sujetos, a su vez, pueden mostrarse sumisos o resistentes. En el primer caso, si se asumen y responden como se espera se tratará de un ajuste primario. En el segundo caso, si el individuo se aparta del rol asignado, se tratará de un ajuste secundario. El problema radica en confundir o equiparar los ajustes primarios a sintomatología indicativa de un buen curso de la enfermedad, y los secundarios a todo lo contrario.

Goffman entiende los ajustes secundarios como aquellas maneras de apropiarse de los espacios, las actividades y los objetos que una institución pone en juego. Son microrresistencias que dan cuenta de la capacidad de agencia de los individuos y de los intersticios institucionales (líneas de fuga susceptibles de transformar la propia institución). En síntesis, los ajustes secundarios son maniobras ilegítimas para obtener incentivos y ventajas en determinadas situaciones sin que estas estén previstas ni consentidas por la institución.

Cabe decir que los ajustes primarios y secundarios son cuestiones de definición social. Lo que en un periodo determinado puede considerarse como un incentivo o una adaptación legítima, en otro puede tratarse de ilegítimo. Goffman también puntualiza que, en una misma institución, lo que puede considerarse un ajuste primario para una categoría de participantes puede, a su vez, considerarse un ajuste secundario para otros.

Por lo tanto, podemos comprender los ajustes secundarios como microrresistencias que señalan los cruces de poder entre lo subalterno y lo hegemónico (o el desigual reparto del poder), y dan cuenta de las fugas posibles dentro de un marco instituido. Cabe aclarar aquí, recurriendo a Núñez (2002, pág. 49), que:

«[...] las instituciones no son espacios homogéneos, son campos estructurados. Hay, por tanto, una disputa permanente por ocupar

posiciones hegemónicas. Desde ellas es posible, y durante el tiempo de preeminencia, imponer el discurso que oriente las prácticas en dicha institución».

Interesa, pues, descifrar dichas prácticas hegemónicas en el seno de las instituciones y detectar otras configuraciones existentes en pugna con las anteriores (Núñez, 2002). Sin caer en simplificaciones, ello nos dará una idea de las posibilidades y los elementos que tienden a la conservación del orden, y los que permiten su transformación.

La posición de subalternidad queda particularmente fijada con las etiquetas diagnósticas y la perspectiva crónica de la enfermedad mental que habitualmente se sostiene. Existe un antes y un después del diagnóstico que modificará todas las relaciones con el entorno, hasta el punto de fijar al sujeto en lo patológico.

Lo que se conoce como falta de *insight* (conocimiento consciente, y comprensión del propio proceso psicodinámico y conductual, relevante y central para el logro de cambios en las conductas) se descodifica como síntoma de mal pronóstico. Los comportamientos de desapego hacia el rol de persona enferma, ajustes secundarios y otras microrresistencias pasan a formar parte del elenco de síntomas de la enfermedad. Las identidades quedan tomadas en su totalidad como patológicas. El funcionamiento subversivo nunca será leído como capacidad de agencia, sino como producto de desequilibrios psíquicos. Siguiendo a Ferrer *et al.* (2009, págs. 9-10):

«En muchas ocasiones, las personas que están sufriendo un problema de salud mental no tienen conciencia de enfermedad; es decir, no se dan cuenta de que su vivencia de la realidad está afectada por la enfermedad. Lo que se escucha, se dice, se piensa o se siente, puede ser causado por la enfermedad. Es por ello que esta definición de la en-

fermedad mental conlleva una consecuencia directa sobre la persona: la relativización del valor de su voluntad. Es decir, si la toma voluntaria de decisiones presupone conciencia de las opciones o de la situación, entonces la voluntad de la persona para tomar decisiones estará afectada en los momentos en que se manifiesta la sintomatología. Así, la capacidad para tomar decisiones de una persona queda puesta en duda debido al poder de afectación de la sintomatología. En este sentido, la persona pierde su poder de decisión y por lo tanto, pierde cualquier tipo de autoridad, ya que se dice que no tiene criterio de realidad».

Desde esta cosmovisión, las soluciones no se proponen, se imponen. La estructura lógica que actualmente sostiene los tratamientos se fundamenta en dicha idea de falta de criterio de realidad, lo que implica la parálisis de la voluntad, la imposición del tratamiento, la justificación del ingreso involuntario, la necesidad de tratar la sintomatología y la priorización de la contención química por encima de cualquier otro tipo de consideraciones. En este sentido, se concibe que mientras la persona esté gobernada por la sintomatología no podrá gobernar sus acciones, cuestión que de alguna manera reaparecerá insistentemente a lo largo de su carrera psiquiátrica. Se obvia el hecho de que asumir la dimensión fenoménica del sufrimiento no tiene por qué suponer asumir la enfermedad. Es decir, se rechaza la posibilidad de que el desapego con la etiqueta diagnóstica sea un acto consciente (resistente) aun sin negar la fenomenología y el sufrimiento.

Por otro lado, esa suspensión ocasional de la voluntad en momentos en los que se manifiesta la sintomatología se hace extensible al resto de sus vidas. Lo que inicialmente era puntual se generaliza al resto de la existencia. Por lo tanto, lo que se niega particularmente a las personas con diagnóstico psiquiátrico es

la capacidad de agencia y transformación de su realidad, y del mundo que los nombra.

Nos parece interesante, pues, pensar los ajustes secundarios como tendencias connaturales, no instituidas ni formales o reconocidas, de resolver malestares o de resistir a la domesticación del carácter. Comportamientos que dan cuenta del propio saber sobre uno mismo, sobre lo que ayuda o destruye. En esta dirección, pensamos en procesos de legitimación de dichos ajustes secundarios consistentes en recuperar el propio saber sobre «lo que nos/les pasa» y sus soluciones.

Aun así, es evidente que el saber experto tiene un valor. Por lo tanto, no hablamos aquí de rechazarlo sino de encajarlo con el saber de la experiencia, articularlos con las narrativas de aflicción. Es decir, establecer lógicas del pacto y la negociación en los tratamientos. Esto tiene un impacto directo en la confianza del otro y su responsabilidad. Existe aquí una (re)vivificación de la idea de sujeto en tanto que sujeto con poder de autodeterminación y capacidad de agencia. Las posibilidades de trazar caminos desde la propia experiencia exigen una revisión de la expropiación de responsabilidades en los tratamientos. Esta devolución supone asumir sin condiciones que el otro pueda inventar soluciones «desviadas», presuntamente inadecuadas, inesperadas, molestas e incómodas que choquen, al fin y al cabo, con aquello que se espera socialmente. En este sentido, debe poder sostenerse esta posibilidad. Hacerse cargo de lo que a uno le pasa incluye tener el poder para asumir las consecuencias. Se trata de la dignidad del riesgo. Esto es, decir sí a la autodeterminación supone poder decir «no» a muchas otras cosas. Y estos modos de decir «no» son lo que nos interesa destacar aquí como micro resistencias potencialmente capaces de convertirse en discurso contrahegemónico.

¿Existen riesgos? Por supuesto.³ Dar un sí a la vida implica abrir la puerta a los riesgos. Aquí se impone la distinción entre lo que es vida en sentido (*bio*) y lo que es vida de especie (*zoé*). Fijémonos en que muchos tipos de tratamientos al alza (cirugía, encierro, abuso de fármacos, terapia electroconvulsiva, etc.) se sostienen en esta última lógica. Todos ellos tienen como objetivo procurar la protección del paciente ante sus impulsos autodestructivos. El problema de esto, como nos dice Larrosa, reside en lo que significa vida (Larrosa, 2001, pág. 128):

«Nosotros no tenemos una palabra para designar propiamente la vida, y eso permite expresiones tan paradójicas como esta vida no es vida, o la vida está en otra parte».

El problema de la aplicación de determinadas técnicas psiquiátricas agresivas o de algunas lógicas persuasivas es que, a menudo, deseando proteger la vida, matan una vida con sentido –aunque sea con sufrimiento, o sea breve– para crear una vida de supervivencia, sin dolor y sin sentido. La cuestión que vemos inscrita en esta lógica es, pues: ¿qué vida vale la pena vivir y hasta qué punto se puede matar la vida, para salvarla, para hacerla durar más, para proteger, al fin, la vida de la misma vida? (Barceló y Fernández, 2001). La lógica en nuestra estructura psiquiátrica está relacionada, mayoritariamente, con este sentido restrictivo de lo que es vida. En palabras de Ferrer (2009, págs. 13-14).

«En estos momentos y contexto, lo primero es la prevención de la salud de la persona, a fin de evitar las posibles consecuencias negativas,

3. El riesgo se trata en el capítulo I.

aunque ello suponga anular a la misma persona [...]. El bienestar se construye de manera opuesta a la voluntad».

En estas circunstancias, cuando todo el entorno está montado en la negación y la imposición, el único espacio posible para ser y decidir (para vivir) es el rechazo frontal a todas las medidas impuestas. Quien convierte las relaciones en confrontaciones es la propia lógica manicomial y no el supuesto funcionamiento patógeno del sujeto. Aún más, nos parece que muchas micro-resistencias son actos saludables frente a las constricciones que impone la estructura psiquiátrica. Modos de subvertir las imposiciones normativas y de recuperar un autogobierno precisamente porque se abre la puerta a la dignidad del riesgo.

6. Territorios de lo posible

Gramsci analiza los procesos de transformación desde la experiencia más concreta y cercana. Para ello, busca la mínima expresión individual que da cuenta de la transformación. En esta dirección introduce su concepto molecular (*Lettere y Quaderni del carcere*), que se refiere a la unidad mínima de la experiencia vital. Es decir, el nivel mínimo en el que se produce la transformación. Y ello referido tanto a los procesos moleculares de transformación de la sociedad como de la persona.

Las reflexiones de Gramsci en esta dirección mezclan la experiencia vivida con la crítica sociocultural, en un continuo proceso de autoobjetivación. El cuerpo es autoobjetivado como espacio físico en el cual actúan los procesos de transformación (Pizza, 2005). Y si cambia el cuerpo cambia también el mundo (lo vimos

con Merleau-Ponty). Gramsci piensa cómo los cambios contextuales y sociales transforman a los sujetos a un nivel que supone cuestionarse si siguen siendo las mismas personas después de dicha transformación. Entra en juego aquí la cuestión de la identidad y las subjetividades móviles.

Nos señala, por tanto, la importancia de activar escenarios con otras lógicas que posibiliten transformaciones personales para un mejor estar. La observación (autoobjetivación) de estas transformaciones en lo más micro será tarea importante para el hilvanado de un nuevo discurso sobre el *self* (más adelante lo retomamos). La cuestión aquí es cómo la capacidad de agencia interacciona con los cambios moleculares sociales y personales, y hasta qué punto puede gobernarse y preverse un determinado efecto producido intencionalmente. O bien cómo desde la activación de territorios (en salud) es posible propiciar transformaciones susceptibles de convertirse en experiencias que modifican identidades previamente patologizadas. En lo que sigue nos centraremos en esta última cuestión.

Hablar de territorios obliga a hablar de instituciones (de lo posible). Es decir, de las características que deben reunir estos espacios oxigenantes de las lógicas *psi*. Si los sujetos no pueden dejar de ser lo que las instancias hegemónicas dicen que son, es fundamental producir territorios donde las identidades no estén pautadas. Lo que nos concierne ahora es situar estos espacios que permiten pensarse desde otras identidades posibles. La idea fundamental de esta sección es que *somos-siendo-en-un-lugar*. Comprender estos lugares nos acercará a los distintos modos de construcción subjetiva que más adelante tratamos.

Los espacios remiten a las relaciones, las forman y determinan. Los roles reservados a cada uno de sus agentes configuran un determinado mapa relacional del que es difícil salir sin referencias

o puntos de anclaje. La primera cuestión importante es que si las relaciones no se producen desde la biografía o la recuperación de la historia, se cae nuevamente en la fosilización identitaria. En una única versión de los sujetos producida por efecto de su des-historización y pronóstico adherido a categorías preestablecidas. Se trata de activar instancias no absolutas, abiertas, que produzcan más preguntas que certezas, sin normativas o sin sentido común unilateral. Este tipo de espacios deben tener una vocación pública. Esto es, de desocultación y visibilización. Dado que la historia de la locura nos muestra el peso del encierro y la ocultación, cabrá ejercer el gesto contrario; es decir, introducir la locura en lo social, hacerla circular, abrirla a lo común, airearla.

Pero los espacios en los que pensamos no son instituciones al uso, en ocasiones ni siquiera instituciones, porque sostenemos cierta posición delignyana en cuanto a instituciones se refiere. Es decir, un rechazo explícito a todo lo que refiere a normalización, orden y estructura impositiva, aun entendiendo que en toda institución existen recovecos donde es posible resistir a lo hegemónico. Por tanto, no se trata de un determinado tipo de institución, sino de una posición (subjética y particular) frente a la comprensión del otro, sus lógicas y estrategias de autoatención, autocuidado, cuidado colectivo y microrresistencias. Es esta posición la que determinará unos modos y no otros de relación profesional como los adecuados para un mejor estar.

6.1. De la *inmunitas* a la extitución

El concepto de *extitución* nos sirve para ubicar conceptualmente las características y formas de estos territorios (de lo posible). Se trata de una noción inextricablemente unida a la de comu-

nidad que, por otro lado, difícilmente encontramos en nuestra contemporaneidad. Veámoslo.

Para Esposito, una de las cuestiones centrales ha sido la distorsión y el alejamiento del concepto positivo de comunidad que se ha producido a lo largo de la modernidad. El autor explica que *communitas* deriva de *munus*, que significa «don» y también «obligación» para con el otro. De esta manera, los miembros de la comunidad están vinculados por un deber recíproco, por una ley que obliga a salir de sí mismos. Desde aquí, vemos que la comunidad expresa básicamente una pérdida, una expropiación que, al fin y al cabo, se vive como un riesgo y una amenaza para la propia identidad. Ante dicha amenaza, la modernidad ha inventado mecanismos de inmunización (Esposito, 2009). Es este proceso de inmunización lo que básicamente negativiza o distorsiona la idea de comunidad. Debemos tener presente que algunas instituciones pertenecen a este proceso de inmunización y de miedo al contagio.

La comunidad en su sentido etimológico empuja a los sujetos más allá de sí mismos; la *immunitas*, por su lado, reconstituye su identidad protegiéndola de los peligros externos. Los procesos de inmunización van en contra de la misma idea de comunidad en su sentido positivo más fuerte. La idea de comunidad que utilizamos no solo no responde a este sentido positivo, sino que lo niega y lo atrapa. La comunidad, en sentido positivo, no es un lugar de pertenencia donde agarrarse, de identidad fijada o de apropiación, sino más bien de pluralidad, de diferencia y de alteridad. De acercamiento a dicha alteridad.

Para Esposito (2009, pág. 112), la categoría de inmunitas atraviesa la historia, los conflictos, las esperanzas que caracterizan nuestro tiempo:

«[...] en el fin de la Edad Moderna, tal exigencia ha devenido la bisagra en torno a la cual se construye tanto la práctica efectiva como el imaginario de una entera civilización».

La cuestión de la inmunidad está en cualquier parte, de manera que «lo importante parece ser combatir por todos los medios la difusión del contagio donde quiera que este se pueda localizar» (Esposito, 2009). Esta lógica del contagio, que en principio pensábamos terminada a partir de mediados del siglo XX, reaparece bajo formas más veladas. Lo vemos en las políticas de inmigración, en la segregación escolar, en las instituciones de encierro, en la patologización del malestar social. La preocupación autoprotectora no es una invención reciente pero es algo que se dispara con el fenómeno de la globalización. Lo que destaca Esposito, entre otras cuestiones, es que la inmunidad necesaria para proteger la vida llevada al extremo termina por destruirla. Es decir (Esposito, 2009, pág. 115):

«[...] que la inmunización, a altas dosis, es el sacrificio del viviente, esto es, de toda forma de vida cualificada, en aras de la simple supervivencia».

Lo hemos comentado anteriormente en la distinción de los conceptos de vida: *bio* y *zoe*. Al aplicar esta práctica y lógica al campo social se observa algo similar, es decir, el incremento constante del umbral de atención de la sociedad ante la percepción de riesgo, situada sobre colectivos en especial situación de vulnerabilidad por haber sido alterizados. Son los otros, los que nadie quiere ver como reflejo de lo común, son esos otros, de los que hay que protegerse.

En definitiva, todo nos parece indicar que las instituciones contemporáneas responden a una lógica de inmunidad que

nos obliga a volver a pensar en la forma abierta y plural de la comunidad.

Pensar la extitución supone, en consecuencia, entender que existe un exceso de lógica inmunitaria o defensiva frente a lo extraño, lo diferente, lo singular y lo dispar que debe ser regulado y controlado. Recuperamos pues el concepto de extitución desde las posibilidades que nos ofrece para pensar la comunidad en su sentido positivo fuerte.

Podemos situar el inicio del concepto extitución, aunque de manera completamente germinal, en el movimiento de desinstitucionalización que impregnó la década de los sesenta, centrado fundamentalmente en el ámbito psiquiátrico. Se trataba del movimiento antipsiquiatría que respiraba un ambiente crítico a favor de la despoblación de los hospitales psiquiátricos, el uso de servicios centrados en la comunidad y la descentralización. Como hemos visto (Domènech *et al.*, 1999, págs. 24-25):

«[...] el manicomio aparece como un establecimiento aislante, estigmatizador y marginador, que fomenta la masificación de los pacientes a partir de una atención indiferenciada a problemas muy diversos. Tanto desde un punto de vista sociológico como clínico, la vigencia de esta institución es cuestionada seriamente por los partidarios de la desinstitucionalización».

Este movimiento centrado en el ámbito psiquiátrico influyó decididamente al resto del campo social. En este contexto, la psiquiatría comunitaria estableció la comunidad como contraposición alternativa a la institución. Actualmente es necesaria esta centralidad de la comunidad pero estableciendo los tiempos necesarios para su efectiva recuperación en el sentido referido

por Esposito y, por tanto, dando un giro hacia lo común (como veremos más adelante).

Con todas las dificultades iniciales, la psiquiatría comunitaria puso el acento en la rehabilitación y el apoyo social, estableciéndose redes de servicios comunitarios. Estos recursos, sin embargo, presentaron unos efectos colaterales que propiciaron críticas y desengaños (Domènech *et al.*, 1999, pág. 26):

«Ante estos problemas, a partir de finales de los setenta empiezan a aparecer teorías y conceptos descritos por los partidarios del modelo comunitario con la finalidad prioritaria de coordinar los sistemas fragmentarios de atención comunitaria, y garantizar su continuidad y coherencia. Conceptos y programas que servirán de contenido a la implementación de lo que se conoce como *case management* [...]. El *case management* consiste en la asignación a cada paciente de un manager o equipo de gestión que se encarga de seleccionarle las prestaciones más adecuadas, de garantizar su acceso a los servicios disponibles que necesite y de coordinar la actuación de los diferentes profesionales que actúan».

En definitiva, podemos descodificarlo como un intento de acompañamiento socioeducativo que asumía funciones de cierta tutorización, seguimiento y coordinación. En estos planteamientos, no se trataba de ofrecer tanto una atención especializada, sino acciones de acompañamiento no especializadas, que permitían «[...] incluir dentro de la comunidad no solo a los enfermos sino el problema de la salud mental como uno más». Por otro lado (Hoffman, 1999, pág. 96):

«[...] la especialización requiere un plus enorme de coordinación y burocracia con el fin de evitar el abandono de prestaciones o superpo-

siciones y obligar a multiplicar servicios cada vez que emerge o está en plena expansión una llamada nueva patología».

A estas entidades de *case management* se las ha llamado extituciones (Domènech *et al.*, 1999, pág. 29):

«el prefijo *ex* sustituye al *in* para expresar el paso de una dinámica centrípeta a una centrífuga [...]».

La idea es que fueran servicios abiertos y descentralizados que focalizaran la atención en los procesos y no en los estados. Harina de otro costal fueron los impedimentos de todo tipo para aplicar este modelo comunitario que, aunque fracasara, nos resulta inspirador.

Un modelo rizomático

Como decíamos, la noción de extitución resulta inspiradora para pensar en modelos de trabajo en red rizomáticos. El rizoma se opone a la red, ya que aquella se ajusta a una fuerte racionalidad en la organización, la distribución rígida en el espacio según direcciones, ejes y jerarquías. La distribución del rizoma en el espacio subterráneo es muy diferente (Rivordy-Tschopp, 1989, págs. 77-78):

«Como los árboles y las raíces, el rizoma conecta un punto cualquiera con otro punto cualquiera y cada uno de estos rasgos no reenvía necesariamente a otro rasgo de la misma naturaleza; el rizoma no se deja ordenar, no conforma unidades, sino dimensiones, direcciones que se mueven. No hay inicios ni finales, sino siempre un medio por el cual crece y se desborda. El rizoma está hecho por líneas: de segmentariedad, de

estratificación, como dimensiones, pero también líneas de escape o de desterritorialización. Como una dimensión máxima después de la que, siguiéndola, la multiplicidad se transforma cambiando de naturaleza».

Según estas definiciones, uno de los aspectos diferenciales más destacables entre red y rizoma la encontramos precisamente en la naturaleza institucional de la red y el carácter extitucional del rizoma. Todo ello nos señala una determinada manera de tejer relaciones y redes entre servicios que posibilita otro tipo de vínculos (quizá más gobernados por la reciprocidad, los deseos y no tanto por las burocracias).

En nuestras sociedades complejas empieza a ser difícil sostener una idea mítica de comunidad en la que discurra cierta armonía ciudadana. Como hemos visto, lo inmunitario opera de modo más o menos velado generando una lógica bipolar (nosotros/ellos), de enfrentamiento y expulsión de las diferencias. Por ello, consideramos que resulta más pertinente pensar en lo colectivo que en lo comunitario. Lo colectivo entendido desde lo común humano sin reducirlo a lo ontológico, sino como algo que nos pone a dialogar y que debe ser todavía inventado. Como veremos más adelante, las nuevas formas de participación social, impulsadas por el 15M, abrieron otros sentidos y posibilidades para este común humano que, a su vez, conecta con otro tipo de participación y organización social (Garcés, 2013, pág. 30):

«¿Y si el nosotros no somos unos y otros, puestos frente a frente, sino la dimensión del mundo mismo que compartimos? Así, el nosotros no sería un sujeto en plural, sino el sentido del mundo entendido como las coordenadas de nuestra actividad común, necesariamente compartida».

6.2. (Re)visitando los vínculos

El tipo de relación «profesional» que se construye en territorios (de lo posible) determinará la desoxigenación de las lógicas *psi*. Vemos, al respecto, lugares en los que las relaciones agudizan y parten de la dicotomía enfermo/profesional, donde se recuerda al otro su lugar de permanente inferioridad, de subalternidad. Inferioridad construida por la distribución desigual del poder, la poca capacidad de decisión y participación de los allí nombrados «enfermos», la minusvaloración de sus razonamientos al entenderlos bajo el registro medicalizado del delirio, de la sinrazón, en lugar de hacerlo como *otro-tipo-de-razón*.

Cuando hablamos aquí de desprofesionalizar las relaciones estamos indicando la necesidad de alejarse de una determinada cosmovisión de la profesión, de una determinada manera de tratar este tipo de diferencia humana. En primer lugar, consideramos importante alejarnos de la cuestión del «tratar», «corregir», «curar». No hay, por tanto, pretensiones terapéuticas ni rehabilitadoras de ningún tipo. Es paradójico que, en la práctica profesional, esta ausencia de intención venga aparejada con un mejor estar. Si podemos dejar de mirar al otro como enfermo, aquel podrá encontrar otros espejos donde mirarse, ya no como enfermo. Pero desplazar esta cuestión también supone desplazar o trastocar los fundamentos y territorios de las profesiones sociales. Revisarlas de manera que su quehacer ya no dependa de la alterización de esos otros a los que dice educar o tratar.

Nos concierne la pregunta sobre la relación «profesional» mantenida con los sujetos diagnosticados. Es decir, desvelar el mito de la distancia profesional y vislumbrar la posibilidad de otro tipo de relación, difícil de definir y de explicar. También en ocasiones difícil de sostener. Uno de los intereses en revisar las

relaciones profesionales es, justamente, eliminar los binomios cuidador/cuidado, educador/enfermo que ubican al otro en el papel de lo que no tiene o le falta. Que las profesiones de lo social repitan este modelo es lo que resulta desgastante y empobrecedor. Uno de los objetivos de abandonar estos binomios es articular territorios en los que este otro no quede capturado por la cuestión del diagnóstico.

Ahora bien, ¿son posibles este tipo de espacios en el seno de los servicios especializados? Es decir, ¿son posibles en aquellos lugares que dicen tratar la psicopatología? La respuesta la encontramos en las posibilidades que nos ofrece la fuga, la ruptura eventual de la lógica hegemónica. Se trata de la idea presentada por Maud Mannoni (1979) en *La educación imposible* y bautizada por ella misma como institución estallada.

Mannoni (1979, pág. 38) se preguntaba:

«¿Qué es lo que caracteriza la relación del hombre con su semejante? El yo de cada uno está siempre en peligro de ser captado por el otro en una situación de inestabilidad fundamental».

En relación con esta cuestión podemos decir que las dinámicas de sujeción constituyen un determinante o, más bien, un factor de predisposición a la captación, sujeción del otro. Es una paradoja el hecho de que la posibilidad de ocupar un lugar en este mundo, que no sea el de la sujeción dependa, fundamentalmente, del otro. Así, siempre es un otro (el educador, la familia, la escuela, etc.) el que da un lugar. En síntesis (Mannoni, 1979, pág. 71):

«[...] el sentimiento que un individuo tiene de su lugar en el mundo está ligado igualmente a la forma en que su vida cuenta o no para

alguien más, y cuenta para alguien sin haber tenido por ello que eclipsarse como sujeto».

En este sentido, lo fundamental es saber ocupar una posición que permita el advenimiento del sujeto y, por lo tanto, que permita también una movilidad en el ejercicio de la diferencia. Lo que parece claro es que las instituciones deberían ocuparse y preocuparse por dar «un lugar» (subjetivo) a ese otro al que atienden.

La noción de institución estallada que propone Mannoni incluye la posibilidad de aprovechar todos los hechos insólitos que, por el contrario, a menudo se suelen reprimir en nombre del riesgo. Desde esta posición, la institución permite y propone aperturas, es decir, la vida esencial pasa fuera de la institución. Mediante la oscilación de un lugar a otro el sujeto puede preguntarse por lo que quiere. Del preguntarse puede pasar al reconocimiento de lo que «le pasa» y, en consecuencia, a la formulación de una demanda y la movilización de un deseo.

La institución estallada supone pensar los escenarios de modo abierto al exterior, permeables, permisores de idas y venidas, facilitadores de acontecimientos diversos, mayoritariamente negados en otros tipos de instancias psiquiátricas. Así, pensamos en territorios que permiten la particularidad, la negación, la huida, la ruptura, la inadecuación y la apropiación. Ya no preocupa ni el orden ni la clasificación, sino la movilización, el deseo y el acontecimiento. Es decir, dejar paso a la vida, a sus supuestos riesgos y a todo lo que ello conlleva. En definitiva, abrir la puerta a la experiencia y a lo que esta supone en materia de oportunidades.

La vinculación horizontal permite que las personas recuperen el control de sus vidas y su capacidad de enunciación de lo que «les pasa». En este sentido, es importante efectuar un tránsito de la pasividad de la asistencia hacia el empoderamiento que

provoca la aparición de un rol social activo. Deben apoyarse las iniciativas individuales y colectivas, las soluciones propias que emergen incansablemente. Acompañar en este abanico de propuestas dirigidas a alejarse de la exclusión, la patologización y la segregación. Reconocer y legitimar todo un elenco de estrategias como actos de autoatención y autocuidado habitualmente negados en las lógicas psiquiátricas.

Lo que aquí resulta esencial es permitir que en el seno de las instituciones «ocurran cosas». Aprovechar los acontecimientos que emergen y el azar como sustancialmente educativos, como posibilidades de experiencias personales. Es decir, abrirlas en su propia lógica, hacerlas estallar en cierta medida para poder transformar los efectos pauperizadores de los abordajes psiquiátricos en escenarios de posibilidad. Como nos recordaba Deligny, se trata de disfrutar de la poética del azar. Esto es, entender las circunstancias azarosas como un verdadero orden que se contrapone a la lógica de la causa y el efecto. Es en la ignorancia y en todo lo imprevisto donde nacen nuevas configuraciones. Según el pedagogo francés (Deligny, 1971, pág. 214):

«[...] cualquier cosa podía suceder. Verdaderamente no podemos hablar de método, y esta posición de “cualquier cosa” no es, ciertamente una posición pedagógica. Sin embargo, descubre horizontes infinitos».

Justamente este acto de posibilitar horizontes infinitos es lo que debería permitir cualquier institución que quiera pensarse como salutífera. La vida no puede venir después de los tratamientos, sino que estos deben aceptar que aquella pasa y se juega en todo momento y que es en ella donde debe acompañarse a los sujetos.

6.3. Interpretar es comprender. ¿Educadores o hermeneutas?

Para comprender los procesos de enfermar hemos tratado de defender un modelo hermenéutico y crítico, que supera las reducciones de la clásica distinción entre lo biológico, lo cultural y lo social. Por tanto, cuando hablamos de dicho enfoque hermenéutico y crítico nos referimos al hecho de que no dejamos de lado ni las aperturas o significaciones locales y particulares —lo que podemos situar dentro de la competencia de la hermenéutica—, ni los factores o procesos que actúan en la producción de estos significados —lo que podemos situar dentro de la dimensión más crítica y política—.

Enfermedad

Desde esta posición, cabe indicar que la enfermedad no es únicamente discurso o lenguaje, pues hay algo más que articula ese lenguaje, como son las relaciones sociales en las que este se produce. Aun así, para Martínez (2008, pág. 173):

«[...] si es cierto que una enfermedad supera el plano estricto del lenguaje para involucrar todo un mundo, también lo es que la llave que el investigador tiene para acceder a ese mundo es irremediamente lingüística y cultural».

El modelo hermenéutico-crítico y, en consecuencia, dialógico toma como hemos visto los ejes de la multidimensionalidad, la bidireccionalidad y la simetría relacional (Martínez, 2008). La multidimensionalidad supone más que la suma de las partes. Es decir, dice algo más que una ampliación de factores implicados

en los procesos de enfermar; supone un cambio de naturaleza de la teoría explicativa. En fin, un cambio de registro que hemos intentado identificar en el giro epistemológico presentado. Pensar la educación desde aquí supone ir más allá de los tan extendidos planteamientos biopsicosociales, y comprender los procesos de salud y enfermedad en toda su complejidad. Esto es, supone pensar en multiplicar o pluralizar sus modos de gestión, de manera que se desplace un único centro (supuestamente orgánico o químico) por una multipolaridad de centros.

La bidireccionalidad se refiere a una experiencia próxima por parte de los profesionales. Se refiere también al hecho de comprender los significados locales que se construyen en relación con un fenómeno. En definitiva, está relacionada con un «comprender», «indagar» sobre cómo son las cosas y no sobre cómo deberían ser. Este punto es de especial relevancia en lo que concierne a la educación. Lo es por el carácter prescriptivo que muy a menudo tiene aquella. Es decir, por su interés en hacer pivotar su actividad en lo que concierne a la norma, la regularidad, lo que debería ser. Por lo tanto, en esta cuestión, se abre la pregunta sobre si es posible pensar una educación que no se fundamente en la prescripción. Es decir, ¿es posible pensar una educación que no planifique o diseñe a partir de algo que debería ser y no es? O, mejor dicho, ¿es posible una educación que no quiera fabricar, moldear o incidir sobre lo que no marcha bien? Porque sin duda querer incidir sobre lo que no anda bien supone tener cierta idea de lo que es andar bien. Y esto, al fin y al cabo, se sostiene en una verdad fundada sobre un ideal que suponemos como bueno. Es esta idea de «lo bueno» lo que no deja de producir reducciones, simplificaciones y violencias múltiples.

El problema de este planteamiento no es tanto lo que dice como lo que cierra, excluye, calla o silencia. En esta línea, es

pertinente pensar al educador o educadora desde la etnografía, o desde los significados que el sujeto se construye para circular, más que desde la trasmisión de lo que debería ser u ocurrir. Una cosa es centrarse en lo que debería ser, según supuestos normativos, transmitir, por tanto, dichas normas y otra cuestión es comprender, descubrir o explorar lo que allí acontece. Capturar el sentido, el punto de vista de los allí concernidos.

En estas cuestiones, el punto de partida o la posición personal condicionan la comprensión. Por ello se nos dice que, en realidad, la etnografía es un proceso de reelaboraciones progresivas que van configurándose en y por los vaivenes de las posiciones epistémicas del investigador. Porque, ¿qué es sino un educador? Un investigador de las significaciones subjetivas y sociales que se suceden en los trayectos personales y comunitarios. Hablamos de un vaivén entre las configuraciones locales y las expertas. Y es en esta relación dialógica entre saberes, producidos por las idas y venidas conceptuales, donde se ubica nuestro educador-etnógrafo. Una posición fronteriza, de estar en el margen, que permite la bidireccionalidad comunicativa. Es en este sentido que comprendemos la «presencia ligera» de la que nos hablaba Deligny al referirse a la función educativa.

Las relaciones simétricas a las que apelamos no suponen un borrado del profesional, sino una mayor reciprocidad comunicativa. Por tanto, no se trata tanto de desdibujar las funciones profesionales como de entenderlas desde un registro de simetría. Se entiende en este punto que, justamente, esta mayor reciprocidad es la que nos llevará a cumplir en muchas ocasiones la función de «acompañantes». Por lo tanto, decíamos, no apuntamos a un borrado profesional sino a una mayor complicidad y diálogo entre saberes expertos y profanos. En definitiva (Martínez, 2008, pág. 189):

«[...] el establecimiento de una mayor simetría deriva también en una mayor corresponsabilidad y empoderamiento de los actores y los grupos sociales».

Porque, lo que importa en todas estas cuestiones, es comprender cómo se construyen los padecimientos, qué tipo de significados tienen para los actores, qué factores micro o macro interactúan con aquellos, qué resistencias aparecen para parar la sujeción subjetiva.

Es decir, lo que realmente importa en materia de salud mental es la cuestión del sufrimiento y lo que podemos desplegar para hacerlo más llevadero, para poder, en fin, producir lo necesario y contribuir a convertir aquel sin-lugar en otro-lugar donde sea posible transitar la propia diferencia, sin negarla, sin sufrir, sin doblarse a un único sentido sobre lo que acontece.

Finalmente, creemos pertinente subrayar las relaciones epistemológicas entre este educador-etnógrafo y los profesionales exégetas. Es decir, como una suerte de interpretadores, de hermeneutas del dolor ajeno. A saber, como descodificadores (traductores) de sufrimientos y estrategias. Pero como ocurre con muchas cosas, la traducción es arma de doble filo: dominación y resistencia. La traducción del otro ha supuesto estrategias de colonización. Traducir, en este contexto, ha sido mecanismo de manipulación de los textos del otro, una usurpación de sus voces que se ven transformadas, primero, en voces parecidas pero no idénticas para ser asimiladas, después, a nuestras formas conocidas de decir y de nombrar. Traducción como un tipo de eterno retorno a la propia lengua, como si no se pudiera escapar de la gramática de la lengua que tiene el traductor para leer toda y cualquier extranjería.

Traducir es interpretar e interpretar es comprender; necesitamos hacerlo para entender pero asumiendo que hay cosas que no pueden traducirse, que hay un margen de error notable, de pérdida de contenido, de reducción semántica. Hay que poder sostener partes intraducibles, mensajes indescifrables que no nos dicen nada. Porque poder sostener esta extrañeza es lo que permite multiplicar los sentidos.

Rancière (2003) comprende el aprendizaje como traducción. Es decir, parte del supuesto de que todos los actores son capaces de involucrarse comprensivamente en lo que allí acontece. Según Wildemeersch (2011):

«Todos ellos son traductores en potencia que traducen unos signos en otros que crean vínculos entre lo que ven, lo que escuchan y lo que se está haciendo».

Todos ellos, pues, toman un papel central en la configuración y multiplicación de los sentidos. La pedagogía crítica asume aquí una nueva configuración, ahora no apoyada en revelaciones de la verdad de un educador que es central sino, más bien, en la comprensión de que lo político está relacionado, fundamentalmente, con nuevas formas de ver el mundo.

Lo político aquí ya no es un mensaje concreto, sino dicha multiplicación de los sentidos y las traducciones sobre lo que acontece en las formas plurales de habitar los cuerpos.

Digamos que, cuando hablamos de aglutinar distintas traducciones, decimos algo parecido a que no hay un saber más importante que otro. El objetivo es reunir la mayor diversidad de saberes y hacer que se puedan intercambiar en función del problema de la persona que sufre.

No hay una verdad que se impone, sino un diálogo conformado por las distintas traducciones de dicha realidad. Por lo tanto, la función de exégeta está relacionada con la producción plural de significados, no con la revelación de un único sentido.

Para concluir, la idea que debemos sostener es la siguiente: dejar de normalizar para pasar a interpretar (que es comprender) pero de un modo plural, sin cerrar los sentidos, permitiendo que opere siempre la pregunta sobre dichas interpretaciones y su producción colectiva.

7. Recorridos sobre participación social y salud

Según Menéndez (2009), desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial, la participación social (PS), con este u otros nombres (desarrollo comunitario, animación social, movilización, etc.), ha sido utilizada para distintos objetivos y finalidades, y por diferentes sectores. Por tanto, no es una cuestión unitaria relacionada necesariamente con supuestas bondades, sino que toma diversas orientaciones. Puede incluir objetivos exclusivamente técnicos, políticos o representar los intereses específicos de ciertos grupos.

En todos los enfoques posibles existe algo común: que han formulado y tratado de resolver interrogantes similares referidos a la participación. Estas preguntas, relacionadas con distintas realidades y colectivos, se orientan a resolver problemas similares. Para Menéndez, pueden plantearse así: ¿cómo hacer que personas y grupos se organicen y participen respecto a objetivos comunes, lo que frecuentemente implica la modificación de aspectos considerados negativos para la situación actual de

dichos grupos? De este modo, el concepto de PS supone múltiples historias que, si bien han tenido trayectorias diferenciadas, se caracterizan por tratar de resolver problemas particulares a través de interrogantes y acciones similares. Esto significa que hay que considerar las distintas experiencias y la historia de la PS en sentido amplio, y no actuar como si no hubiera ningún saber acumulado al respecto. Es decir, nos sirven experiencias de otros ámbitos aparentemente ajenos, dado que nos señalan posibles caminos a recorrer en el terreno de la participación.

Participación social

Para Menéndez, recordar esta similitud supone reconocer que, antes de que el sector salud, las ONG o los académicos se preocuparan por la PS, toda una serie de actores sociales reflexionaron, impulsaron o actuaron previamente en términos de PS. Más aún, la participación social a través de microgrupos constituye un proceso básico de la vida cotidiana de los sujetos.

En lo que refiere a su recorrido histórico, la PS fue utilizada por distintas tendencias que consideraron el combate contra el capitalismo. Se trataba de concepciones gestadas ya durante los años veinte y treinta del siglo XX desde la sociología académica, como una parte del marxismo y el anarquismo, pero también desde el pensamiento conservador y fascista. Asimismo, en los cincuenta y sesenta, la sociología norteamericana retomará las temáticas de pérdida de la identidad subjetiva y grupal, la vida inauténtica, la anomia, la alienación, la soledad, el aislamiento, la depresión. Todo ello relacionado con el análisis negativo del capitalismo iniciado por los europeos. Según Menéndez (2009), lo nuevo en los sesenta y setenta:

«[...] fue la crítica no solo desde el pensamiento conservador, sino también desde la izquierda, a los socialismos reales en los cuales la participación social era controlada y/o excluida en términos políticos y donde la participación sociocultural era organizada vertical y burocratizadamente».

Esta crítica a los dos modelos dominantes de organización política y económica (capitalismo y comunismo) condujo a proponer que la modificación de estas sociedades solo era posible a partir de una suerte de activismo permanente, que debía utilizar todas las formas posibles de participación. También durante los sesenta y setenta, una serie de corrientes subrayaron la tendencia institucionalizadora dominante de la sociedad, concluyendo que las instituciones tienden a la reproducción y al crecimiento de sí mismas con una clara tendencia al fortalecimiento de lo instituido frente a lo instituyente. Se entendía así el peso de la institución como oponiéndose a la democratización. Son relevantes aquí los trabajos de Foucault y su estudio sobre el saber/poder institucional, que no solo limita la PS sino que la convierte en reproducción del sistema dominante (Menéndez, 2009).

Desde la década de los sesenta y especialmente desde la conferencia de Alma Ata, la participación social ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud. Desde los años sesenta, se consideró el proceso de salud/enfermedad/atención (SEA) como un eje para el desarrollo de acciones colectivas que, a partir de su especificidad, podían articular y expresar necesidades genéricas, y tender a constituirse en movimientos sociales (Menéndez, 2009, pág. 184):

«Es decir, que la PS organizada en torno a los procesos de SEA fue considerada no solo como un medio para abatir/limitar daños a la

salud, sino también como un instrumento que posibilitaría organizar, movilizar, democratizar a los conjuntos sociales y no exclusivamente respecto de los procesos de SEA».

En síntesis, durante los años sesenta y setenta se gestaron amplios movimientos sociales que cubrían un elenco de propuestas sobre las diferencias. Este periodo se caracterizó por la recuperación del sujeto, la visión y la voz de los actores, y la dimensión local donde se materializa la vida de aquellos en sus versiones individual y colectiva (Canals, 2008). Se trataba de reivindicar las identidades subalternizadas que dieron forma al *black is beautiful*, el feminismo o el movimiento antipsiquiatría, entre otros. Lo destacable de este periodo fue el cuestionamiento de las interpretaciones hegemónicas sobre la diferencia y la incorporación de su lectura como construcciones sociales. Se daba una reconsideración de las definiciones naturalizadas de las diferencias (Canals, 2008, pág. 69):

«No en vano el énfasis en la reivindicación de diferencias e identidades será un componente importante de los nuevos movimientos sociales que propugnan la profundización en las democracias».

El conjunto de estas distintas lecturas condujo, durante estos años, a la recuperación de las propuestas autogestivas desarrolladas previamente en los años veinte y treinta (Menéndez, 2009, pág. 193):

«En el caso de las enfermedades mentales varias tendencias propusieron e impulsaron la toma o por lo menos coparticipación de los locos en el control de las instituciones psiquiátricas. [...] La mayoría de estas propuestas fueron desapareciendo durante los setenta y los ochenta o

se orientaron, como en el caso de las corrientes antipsiquiatría, hacia objetivos que en algunos casos llegaron incluso a ser instrumentados por los sectores e instituciones contra las cuales luchaban dichas corrientes».

Estas experiencias nos indican que (Menéndez, 2009, pág. 193):

«[...] cualquier proceso –por radical que sea– puede ser apropiado y reorientado por las fuerzas sociales contra los cuales se constituyó. Y ello por varios procesos; sobre todo si no se ejerce la participación social constante respecto de los objetivos propios, tal como sostienen algunas de las corrientes que impulsan el participacionismo activo».

Distintos trabajos y experiencias subrayan que es posible recuperar el papel de los actores y de la subjetividad en la medida en que se reconocen el peso de la estructura, la institución y la vida cotidiana en la tendencia a la reproducción de la realidad, planteando así la necesaria participación constante. De este modo, según Menéndez, una de las paradojas intelectuales de estas décadas reside en que, cuanto más se subraya el papel del sujeto y más se niega el papel de la estructura, más se observan las consecuencias que la estructura está teniendo sobre los sujetos y las subjetividades (Menéndez, 2009, pág. 193).

Es importante considerar esta cuestión si se aspira a una participación resistente orientada a la transformación social. La misma dialéctica de construcción hegemónica puede suponer fácilmente una pérdida del contrapunto contestatario si no se activa un participacionismo activo que recuerde los propios objetivos.

Ya desde los años cincuenta y especialmente desde los sesenta, se sostiene que la participación del sujeto es decisiva para la curación o por lo menos la reducción de los efectos negativos de

un padecimiento determinado. Por lo tanto, no venimos diciendo nada nuevo. Otra cuestión es que la estructura de recursos actual, el papel de sus agentes, los objetivos y organización no permitan una participación más amplia y activa de los sujetos concernidos.

La participación social (PS) aparece ya en estas décadas no solo como un mecanismo de rehabilitación, sino como un ejercicio donde los sujetos y los grupos pueden experimentar su propio poder, y sus posibilidades de acción; como estrategia de grupos discriminados para dar respuesta a sus problemas más acuciantes, muchos de ellos relacionados con la exclusión y la subalternidad (Menéndez, 2009, pág. 194):

«Aquellos que no tienen poder, que no tienen palabra, pueden llegar a tenerlos si comienzan a participar, de tal manera que la PS se va convirtiendo en una suerte de mecanismo eficaz que opera desde lo político hasta lo terapéutico y que dio lugar a la expansión de palabras como empoderamiento».

Coincide también durante los sesenta la extensión del uso de la investigación/acción como instrumento de transformación. Esta tendencia se prolongará durante los setenta y ochenta como la manera más habitual de trabajar de algunos sectores, que ven en ella la posibilidad de construir una democracia real y no formal. En estas estrategias existe un cuestionamiento del rol y función de los expertos y de la actividad académica. Se señala que habitualmente el conocimiento producido no está conectado con las necesidades reales de las poblaciones y del mismo modo las soluciones no son adecuadas (Menéndez, 2009, pág. 195):

«La PS aparece entonces como un instrumento necesario para cuestionar y modificar algunas de las principales características negativas de

las sociedades actuales. La PS en sí cuestionaría el individualismo, la dependencia o la apatía; al involucrar al individuo en una actividad colectiva tendería a superar la atomización social y posibilitaría la constitución de una subjetividad no centrada en lo privado. Estas concepciones son fundamentadas teórica y empíricamente en el hecho de que el sujeto se constituye como tal a partir del otro; su constitución no es un hecho individual sino un proceso de participación social relacional».

Y sigue Menéndez (2009, págs. 195-196):

«Pero además la PS constituye un mecanismo de concientización, de aprender a negociar, de afirmación, en la medida en que se participe. Es a través de dicha participación que los sujetos y grupos pueden solucionar algunos de sus problemas más graves, pese a su situación de subalternidad [...]».

Según Menéndez, la PS evidencia fuertes diferencias en cuanto a la relación sujeto-estructura. Así, encontramos formas de PS que colocan en el individuo todo el peso de la autonomía, la responsabilidad, el autocontrol, la capacitación individual, etc. Esta tendencia, según el autor, secundariza la importancia de la estructura y el papel del Estado, con lo que reduce la acción participativa al grupo y sobre todo al individuo. En estas formas, la PS se reduce al individuo o al microgrupo y se coloca en ellos tanto éxitos como fracasos.

Por esta razón, se desarrollarán otras tendencias que criticarán estas concepciones individualistas, pero también estructuralistas y culturalistas (a las primeras por reducir la PS al individuo y a las segundas por reducir las relaciones sociales a la escala macro-social, y por ignorar las redes sociales, los grupos de autayuda, las estrategias de vida, el papel activo de los sujetos, etc.). Señalan que no se tomó en cuenta la lucha cotidiana (las microrresisten-

cias) de los sujetos y microgrupos, y que la PS solo es pensada en términos políticos y a través de las clases sociales, dejando de lado a los actores sociales que participaban a través de sus particularidades religiosas, de género o de padecimiento. Por ello se generaron propuestas que intentaban considerar los aportes populares y sus resistencias, entre ellas el gramscismo introducido en el apartado anterior.⁴

Los microgrupos

En lo que concierne a los microgrupos, Menéndez afirma que los sujetos y grupos utilizan representaciones, prácticas y experiencias de participación social, aprendidas y usadas en sus trayectorias cotidianas referidas a diferentes campos donde se desarrolla su cotidianidad (Menéndez, 2009). Esto significa que, al trabajar con grupos, se debe buscar la existencia de distintas formas y criterios de participación social, para poder detectar y observar sus características y objetivos. Al respecto, es en los microgrupos (domésticos, amigos, trabajo, etc.) donde se generan y practican las actividades de autoatención. Estas son las más empleadas por profesionales de la salud, dado que sostienen los propios procesos de tratamiento, aunque esto no se reconozca por el sector salud. Existen en estos grupos desarrollos constantes de saberes populares, una autonomía de acción, una circulación de estrategias que también son modos de participación. Sobre dicha participación social deben poder reconocerse los distintos tipos, tanto si estamos de acuerdo con ellos como si no. Es decir, reconocer las principales formas de PS que toman los grupos e instituciones con los que trabajamos, las dinámicas de los microgrupos, sus formas de producción de saber,

4. El gramscismo se ha tratado en el apartado «La hegemonía de Gramsci» del presente capítulo.

construcción de apoyos, etc. Porque más allá de que las cuestionemos o no son las formas que los sujetos, grupos e instituciones utilizan. Es decir, si queremos generar y ampliar las formas de participación transformadoras hay que tomar en cuenta las dinámicas existentes, más allá de que sean o no participativas (en la forma que pensamos que deben serlo) y empezar a trabajar desde ellas.

Según Menéndez, la mayoría de estas experiencias no supusieron estrategias de transformación sino más bien de aguante. Aun así, aquellas condujeron claramente a la recuperación del sujeto, a la necesidad de incluir al actor, considerar la realidad como procesual concibiendo la estructura no como algo dado sino como un proceso que se constituye en la práctica (Menéndez, 2009). Por tanto, analizar las relaciones sujeto-estructura y su peso en la dinámica de los grupos resulta esencial para comprender su idiosincrasia.

Desde la conferencia de Alma Ata se desarrolló una doble acepción de la PS en salud:

- En términos de recursos (variante de las definiciones gestadas durante las décadas de los años cuarenta y cincuenta).
- En términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud (atención primaria como integral).

Esta última fue apropiada por organismos oficiales (OMS, Banco Mundial, Unicef, etc.) fundamentando su definición de PS en términos de toma de decisiones, y se extendió durante los años setenta y ochenta. En los noventa, el Banco Mundial insiste en la importancia de la participación social de los grupos más vulnerables para la mejora de sus condiciones de salud. Esta tendencia se da junto con propuestas que recuperan las propuestas de atención

primaria integral, subrayando la importancia del autocuidado, la ayuda mutua, la creación de ambientes saludables, etc.

Atención primaria integral

Esta propuesta presente en 1986 durante la Conferencia Internacional de Ottawa (Canadá) trató de modificar las orientaciones dominantes del modelo biomédico y se repetirá en las sucesivas conferencias internacionales de promoción de la salud de Adelaida (1988), Sundsväl (1991) y Yakarta (1997).

Pero esto, según Menéndez, concurre negativamente con otras tendencias que refuerzan lo biomédico. Es decir, los análisis corroboran que el uso de definiciones de la PS en términos de toma de decisiones por las instituciones no se expresa en sus actividades y objetivos. Por el contrario, sus acciones operan disuasivamente respecto a la participación en términos de control comunitario (Menéndez, 2009). A su vez, se da un incremento del concepto de autogestión alineado con la pretensión de encontrar los propios recursos frente a los problemas y reducir los costes de inversión.

Resumiendo, la idea principal es que las definiciones de PS como control de toma de decisiones por parte de los actores (empoderamiento, autogestión) pasaron a primer plano en organismos internacionales cuando se agudizó la pobreza.

La finalidad era impulsar una mayor participación autónoma de las clases más desfavorecidas para resolver sus propios problemas, pero sin concurrir esto con mayores espacios de participación.

En esta tendencia se observa una de las dificultades actuales: ¿cómo generar procesos de participación social que no sean

reducidos a su simple cuestión mercantil y rentable?, ¿cómo evitar la desactivación política de algunos grupos cuando se seleccionan y apropian algunos de sus objetivos y pretensiones desde organismos oficiales?

Como decíamos, cabe tener en cuenta la importancia de alejarse de la idea de PS como buena en sí misma. Esta puede tener consecuencias positivas o negativas sobre individuos o grupos en función de una serie de variables complejas relacionadas con sus objetivos, posición de los agentes, concepción, orientación ideológica, etc. (Menéndez, 2009, pág. 205):

«La PS no es buena ni mala en sí, sino que constituye un medio que según los sujetos y grupos sociales que se hagan cargo del mismo puede ser orientado hacia diferentes objetivos y consecuencias. Toda PS opera dentro de un juego de relaciones a nivel micro y/o macrosocial, entre actores que pueden compartir objetivos, pero que frecuentemente tienen proyectos, necesidades, intereses o metas diferentes, que pueden convertirse a la larga en antagónicos. Por ello, los procesos y formas de PS que son positivos para determinados sectores y grupos, pueden ser negativos para otros».

Finalmente, también cabe destacar la tendencia de algunos grupos a negar las diferencias internas como efecto de la propia identidad grupal. Así, la unificación para la acción plantea tensiones en relación con los intereses y las diferencias individuales nada baladís.

8. A propósito del 15M: nuevas formas de participación social

Probablemente sigue vigente resolver la tensión entre diversidad y desigualdad producida desde los años sesenta, en el sentido de que el afán orientado a resolver esta cuestión no conlleve la simple apología de la diversidad en detrimento de la consideración de los ejes específicos de discriminación. Asimismo, sigue pendiente conseguir que el autocuidado y la autogestión no se conviertan en nuevos tipos de rentabilización de la salud a tenor de una debida incorporación de lo subjetivo y lo estructural en cuanto a participación social se refiere.

Desde la oleada de protestas producidas por la reciente crisis económica europea (2011 y 2012), se modifican los tipos de participación social y se abordan estas tensiones de otra manera. Entre otras cuestiones, la ilusión de celebrar las diferencias toma una nueva configuración en la búsqueda de una identidad común. Se considera que la segmentación por sectores reivindicativos (según identidades políticas) es insuficiente. Aunque, a su vez, se insiste en las necesidades particulares de cada uno de estos sectores. Esto es, que la reivindicación de lo común (bajo cierta noción de precariado)⁵ no debe borrar unas diferencias individuales (motivo de lucha durante décadas anteriores).

El reto está siendo crear nuevos espacios de reflexión para pensar nuevas articulaciones posibles entre el objetivo común (crear alternativas a la situación provocada por las políticas de austeridad) y lo particular (las necesidades específicas de grupos e individuos). La experiencia del 15M en España ha favorecido la apertura de nuevos caminos que implican la alianza activa entre distintos gru-

5. Se recomienda la lectura de Arenas (2014).

pos que hasta hace poco funcionaban de manera aislada, lo que permite un trasvase de experiencias, objetivos y estrategias. Esto supone la generación de nuevas identidades políticas, probablemente más amplias y ajustadas a modos de participación social más complejos. Se trata de caminos que pasan por un proceso de ensayo y error, de estar abiertos a moverse de los cauces tradicionales y de las ideas preestablecidas hacia la construcción de un horizonte común sin perder por ello el camino las necesidades específicas.

El movimiento de los indignados o 15M ha abierto nuevos modos de participación social que venían tiempo atrás tanteándose. Ya sea en la dimensión deliberativa y asamblearia (Nez, 2012; Romanos, 2011), en el uso de la tecnopolítica (Toret, 2013), en la confluencia de viejos con nuevos activismos (Taibo, 2013), en las plazas como *embodied spaces* durante las acampadas (Díaz Rebolledo, 2013), o en su evolución hacia asambleas de barrios y pueblos una vez ya dismanteladas las acampadas (García Espín, 2012), se abrió una nueva manera de concebir la participación.

La apertura y multiplicidad intrínseca del propio 15M posibilitaría un hueco para cualquier forma de diversidad. La deliberación estaba en el centro de la acción y de la toma de decisiones (Nez, 2012). Unos diálogos que, además, tenían la particularidad de desarrollarse en el espacio público, abiertos a todo el mundo e invitando a la participación de cualquiera. Es decir, las acampadas se erigían como resultado de un ejercicio de ocupación y reapropiación de las plazas con el objetivo de ser reconvertidas en ágoras políticas. De esta manera, la asamblea fue un eje fundamental del «hacer plaza» en el 15M (Taibo, 2013):

«A su amparo todos somos iguales, la horizontalidad se impone, gana terreno la discusión abierta y se perfila un modelo de sociedad futura en el que un elemento decisivo es el contacto directo».

Y aunque la asamblea era el verdadero espacio último de decisión, la actividad no se acababa ni iniciaba necesariamente ahí. En torno a las asambleas, en cada acampada se crearon también comisiones y subcomisiones, comités y grupos que permitían organizar, debatir y gestionar temas de debate más específicos, desde la economía, las migraciones, el feminismo, la cultura, la salud, etc. Este modelo organizativo daba respuesta a la pluralidad intrínseca del movimiento, en el que convivían objetivos de corte más reformista y con un horizonte temporal más inmediato (como por ejemplo, una reforma de la ley electoral o la defensa del estado del bienestar ante las políticas de austeridad), con otros de orientación más radical y con una visión más a largo plazo, que abogaban por una transformación profunda del sistema económico, político y social («vamos lento porque vamos lejos»). Se establecía por lo tanto un ecosistema que facilitaba la convergencia de múltiples sensibilidades y puntos de vista desde la propia experiencia de convivir en un espacio en común.

El 15M, por lo tanto, activó una «política del cualquiera» (Fernández-Savater, 2014) en un espacio abierto, que era de todos y de nadie, que facilitó la entrada de sujetos y debates políticos tradicionalmente relegados a los márgenes de la esfera pública. Así, muchas de las comisiones de las acampadas de Madrid y Barcelona emergieron como un lugar de visibilización, reivindicación, trabajo y espacio de encuentro para personas con una larga experiencia en este tipo de activismo, con otras sin experiencia activista previa o que habían participado en otros espacios politizados (Arenas y Pié, 2014).

Debates en la calle

Con un importante eco en el 15M, desde el 2014 está en marcha el proyecto «Debats al carrer» («Debates en la calle») impulsado por Salut Mental Catalunya y gestionado por varios clubes sociales federados a esta entidad. El objetivo central de este proyecto es hacer públicas y visibles discusiones y controversias vinculadas al sector de la salud mental en Cataluña.

Una de las cuestiones que se hizo evidente a lo largo del 15M es que las luchas parciales sin una conexión más transversal eran insuficientes. A su vez, algo de lo común emergía en forma de malestar, precariedad y vulnerabilidad. El sufrimiento atravesaba toda la población y, por tanto, debía hacerse un esfuerzo para la generación de formas colectivas de participación y de cuidado.

Por otro lado, la lógica del «hacer plaza» se caracterizó por ser una forma de protesta que requería un fuerte compromiso corporal, especialmente mientras las acampadas estuvieron activas. De esta manera, el cuidado emergió como un eje fundamental en las acampadas, entendiéndolo como la necesidad de prestar una atención cuidadosa a los cuerpos para poder lograr la sostenibilidad de la protesta, pero también su legitimidad, en tanto que quería hacerse de la plaza un espacio acogedor y libre de violencia. Así, tanto en la acampada de Madrid como en la de Barcelona, encontramos infraestructuras para garantizar la alimentación, la limpieza y la convivencia, servicios de enfermería y masajes, una guardería o un huerto, por poner algunos ejemplos.

Además, con la voluntad de mostrarse y construirse como un movimiento verdaderamente inclusivo y transversal, en el 15M hubo una especial preocupación para facilitar que cualquier tipo de «cuerpo», independientemente de sus características y

necesidades, pudiera sumarse a la acampada. Es decir, existía una voluntad de alejarse del modelo de activista-capacitista basado en cuerpos-capaces y autosuficientes, por lo que se celebraba la presencia activa en las actividades de mujeres, personas mayores, niños y niñas, así como de personas con diversidad funcional.

Si algo hacía evidente el contexto de austeridad y crisis económica y política contra el que luchaba el 15M era la intemperie y creciente precariedad que acompañaba la existencia de la mayoría de los ciudadanos, ante la cual se hacía necesario ensayar nuevas formas comunes de espacios más habitables (Garcés, 2013). El dolor social se colectivizaba en un encuentro sistemático con los otros. Esto ponía en juego la idea de lo común desde la negación de la particularidad y, con ello, otra exploración de este común que colocaba la vulnerabilidad y la precariedad en el centro de la identidad colectiva. Es decir, se partía de la idea de que «existían diferentes necesidades pero que se debían buscar apoyos comunes que las englobaran» (Arenas y Pié, 2014).⁶

9. De estas otras formas de participación en espacios habitables

Anteriormente decíamos que no hay una verdad que deba imponerse, sino un diálogo conformado por distintas traducciones de dicha realidad. En este ejercicio situábamos la función profesional de los educadores como exégetas. Esto es, como vehículos que posibilitan la producción plural de significados.

6. En el apartado «Procomunicar el cuerpo» del presente capítulo se profundizará sobre los procomunes.

Esta función hermenéutica está relacionada con la producción de narrativas subjetivas. Con un volver a contarse lo que «pasa». Narrar es un ejercicio de dotación de sentido sobre una experiencia y es justamente esto lo que queda vetado por las lógicas hegemónicas.

Los sujetos son negados en su capacidad simbólica de construirse sentidos. Los delirios, aunque justamente suponen intentos de narrativa y construcción de sentido, no se reconocen como tales sino como síntomas de la enfermedad. Volver a contarse lo acontecido más allá de los discursos oficiales es lo que permite apoderarse de la historia y la biografía. Es un ejercicio de nueva enunciación que puede modificar los significantes particulares atribuidos al sufrimiento. Es en sí mismo un acto político de apropiación y agencia.

Este ejercicio narrativo (que da cuenta de sí) es un trabajo de arqueología de la subjetividad. El feminismo ya situó esta necesidad de «volver a contarse» y los modos de hacerlo efectivo. El caso de Audre Lorde es emblemático en esta cuestión, particularmente en lo que refiere al cáncer de pecho que sufrió y narró en *The Cancer Journals*. En *Sister Outsider* (1984) planteaba un ejercicio de recreación de subjetividad. Es decir, la práctica de un gesto que convocaba a recuperar un poder silenciado por las estructuras hegemónicas y que descansa en el interior del *self*. Así (Lorde, 2003, pág. 7):

«[...] leer a Audre Lorde es descubrir asombradas a la otra que todas llevamos dentro y que es fuente a la vez de dolor y de fortalecimiento».

Audre Lorde

Feminista, poeta, guerrera, lesbiana que en su lucha contra el cáncer de pecho transita todo un proceso de transformación del dolor y la enfermedad en herramientas políticas. Para más información, ver Pié (2013).

Al margen de la doble semántica del dolor introducida en esta cita, se destaca la necesidad de recuperar una verdad invisibilizada por los discursos hegemónicos. Esta verdad oculta en nuestro interior ya fue señalada por Gilligan en su famoso trabajo *In a Different Voice: Psychological theory and women's development* (1982), en el sentido de que aquella voz diferente rescata el sí mismo, el yo real oculto, interrogándose sobre las dualidades y las jerarquías del patriarcado. Gilligan nos decía que los relatos del desarrollo incorporados en las teorías psicológicas de Freud, Erickson, Piaget o Kolberg son relatos que hacen, de la tragedia o el trauma (producto de la escisión entre el sí mismo real y el imperativo social), naturaleza. En lo que concierne a la subalternidad de la mujer, para la autora no importan tanto los motivos que llevan a las mujeres a cumplir con los mandatos sociales (por ejemplo cuidar) o su causa, sino cómo la psique sana resiste a la enfermedad y a las mentiras debilitantes. Es decir, cómo se gestiona la tensión inherente entre la salud del yo y las estructuras de sujeción del patriarcado que requieren una disociación o división de la psique. La psique sana, concluye, resiste a la iniciación del patriarcado de modos muy diferentes.

Gilligan (2011) sugiere que se construye el sentido del *self* como una capacidad de registrar nuestra experiencia progresivamente. Se distingue este núcleo del *self*, anclado en el cuerpo y la emoción, de lo que nombra el *self* autobiográfico, que se anuda a la narrativa del sí mismo. Esta distinción nos permite poner de

relieve que, cuando separamos la emoción de la razón o el espíritu del cuerpo (exigencia del patriarcado) perdemos contacto con nuestra experiencia (núcleo del *self*) y podemos entonces ligarnos a una historia de nosotras mismas (*self* autobiográfico) que es errónea en relación con ese interior que sabemos (intuimos) verdadero. Así pues, a algo parecido se refería Lorde cuando apelaba a la necesidad de escarbar en nuestro interior. Este ejercicio de arqueología de la subjetividad refiere el acto de volverse a narrar, a contar, construyendo otros significados biográficos, conectándolo con aquel interior silenciado (olvidado) (aquella verdad sobre nosotros mismos).

Este ejercicio de narrativa (individual y colectiva) permite construir otro marco de inteligibilidad para decodificar la vida de los sujetos y sus particularidades hasta entonces estigmatizadas (locura, discapacidad, etc.).

La modernidad dictaminó criterios de corrección o incorrección (marcos de inteligibilidad) que todavía operan. Estos determinan quién es el sujeto y quién no lo es; lo que se traduce en quién está dotado de razón (cordura) y debe dominar, y quién se ubica en el no saber y deber ser dominado. Para Lorde, esto se constituye como «una norma mítica que cada uno de nosotros siente en nuestros corazones como “eso no soy yo”» (Lorde, 2003). En consecuencia:

«[...] los que estamos fuera de ese poder a menudo nos identificamos con una manera de ser diferente y la asumimos como la causa primera de nuestra opresión, olvidando otras distorsiones alrededor de esa diferencia, algunas de las cuales nosotros mismos podemos estar practicando».

Se entiende así que el lugar íntimo es político. Territorio donde se configuran los miedos, silencios y esperanzas que, para

Lorde, son reservas de creatividad y poder. La lucha encarnada de la autora está relacionada con el reconocimiento profundo de sus propios sentimientos. Es decir, con una larga travesía hacia su verdad. Lo que no se explora permanece oculto y, por lo tanto, no puede utilizarse, ni contrastarse, ni comprenderse. Pero para ella era tan importante este ejercicio de introspección como el hecho de colectivizarlo. Siguiendo a Lorde (1980, pág. 19):

«I was going to die, if not sooner then later, whether or not I had ever spoken myself. My silences had not protected me. Your silence will not protect you. But for every real word spoken, for every attempt I had ever made to speak those truths for which I am still seeking, I had made contact with other women while we examined the words to fit a world in which we all believed, bridging our differences. And it was the concern and caring of all those women which gave me strength and enabled me to scrutinize the essentials of my living».

Vemos en su insistencia a hacer hablar los silencios la creencia de que lo que no se explora termina favoreciendo la interiorización del «discurso del amo». Explorar es, pues, resistir (hilvanado contrahegemónico). Negar, silenciar o reprimir son los modos de control social que fijan a los sujetos en identidades deterioradas. Para Lorde, el silencio es una analogía de la muerte en vida. Es justamente el dolor de cáncer de pecho lo que le permitió comprender que aquel no la protegía, sino el hecho de compartirlo. Se pone en juego la transformación del silencio en lenguaje y acción, así como la necesidad de desocultar lo desagradable (Lorde, 1980, págs. 17-18):

«I have come to believe over and over again that what is most important to me must be spoken, made verbal and shared, even at the risk

of having it bruised or misunderstood. That the speaking profits me, beyond any other effect».

La poesía permitió a Lorde comprometerse consigo misma y es este gesto lo que resulta relevante. Es decir, nos interesa su recorrido para aceptarse como mujer, negra y lesbiana en un entorno hostil, que menosprecia los cuerpos no normativos. Nos parece relevante el uso de lo íntimo como territorio político en colectivos inferiorizados que han naturalizado su propia subalterinidad. En esta dirección, el arte no es un lujo, nos dice la autora. Permite destilar las experiencias (Lorde, 2003, pág. 15):

«La poesía es el instrumento mediante el que nombramos lo que no tiene nombre para convertirlo en objeto del pensamiento».

Es el instrumento que conduce a las profundidades de los sentimientos velados. Y en la medida en que se van reconociendo y aceptando, se convierten en refugio de ideas radicales y osadas. El arte es el camino porque, cuando todavía no tenemos palabras para expresar y nombrar, nos ayuda a concebirlas.

En síntesis, sentir y reconocer el sentimiento es para Lorde fuente de liberación. No hay ideas nuevas que puedan ayudar a concebir a la mujer subalterna desde otro lugar. Para el feminismo, se trata de alejarnos de esta lógica racional (patriarcal) para conectarnos con el pozo originario-emocional. No hay ideas nuevas, decíamos, solo ideas desterradas y olvidadas por haber sido consideradas impropias, profanas o ilegítimas. Ideas ahogadas por el ejercicio milenario de desautorización de los sujetos no normativos.

Entonces, de lo que se trata aquí es de la posibilidad de volver a contarnos, desde significaciones propias, los padecimientos y

sentidos de la existencia. Este acto narrativo produce subjetividad, abre un hueco en lo social desde la autoenunciación. Se produce, por tanto, un desplazamiento que toma una nueva posición activa sobre los discursos hegemónicos que se interiorizan.

9.1. La politización del dolor

La politización del sufrimiento conecta con el anterior ejercicio de arqueología de la subjetividad encauzando el malestar y el sufrimiento (habitualmente patologizado). Nuestro contexto contemporáneo se caracteriza por la inexistencia de un afuera (López Petit, 2014). El capitalismo (hijo pródigo de la estructura heteropatriarcal) está en nuestro interior de un modo que desactiva las antiguas estrategias de lucha política, y la politización del malestar del querer vivir es la única posible resistencia efectiva. Este malestar del querer vivir vuelve a conectar con aquella disociación del *self* y recuperación de la verdad interior (Gilligan, 1982, y Lorde, 1984).

En algunos malestares y enfermedades contemporáneas, el cuerpo habla y muestra una sociedad enferma que produce cuerpos que no se quieren adaptar a lo que hay (síndrome de fatiga crónica, síndrome de hipersensibilidad electromagnética), que se niegan a seguir siendo cuerpos explotados por un sistema que requiere sujetos empleables, útiles y capaces. Narrar el malestar, desde otro lugar, desde la experiencia interior, de un modo compartido y público es lo que lo convierte en política. Comprender quizá lo que nos convoca como malestares del sistema que precisan otro imaginario, otro simbólico para poder, desde ahí, (re)significar la propia historia, convirtiendo el sufrimiento en palanca de cambio social.

Pero ello requiere, indudablemente, una despatologización de síntomas y enfermedades, un desarme de la centralidad del discurso médico hegemónico. Al respecto, es indicador que en Occidente cualquier tipo de padecer humano está patologizado y, en consecuencia, medicalizado y tratado con fármacos. El sujeto queda borrado y con ello su capacidad de actuar (*agency*). Hacer este vuelco es fundamental, entendiendo que no estamos hablando ni de terapia ni de clínica, sino de función política de los cuerpos.

En esta politización del malestar, toma una centralidad especial el tema del cuerpo, que resulta fundamental en los modos de resistir a las presiones de homogenización. Tocamos aquí una conciencia encarnada que significa al cuerpo como sujeto que percibe, pero nunca enteramente porque, si el cuerpo es parte del mundo, también es apertura a este mundo. La mano que toca también es tocada. Por lo tanto, el cuerpo no se percibe como un objeto, sino como poder de percepción. Afecta y es afectado. Por esta razón de conexión con el mundo, cambiar las formas de (ex)posición de los cuerpos modifica el mundo y los cuerpos a su vez, transformando las formas de comprender y habitar(nos). Ensayar, por lo tanto, otras maneras de estar en común, poniendo los cuerpos en lo público de modo que se produzcan nuevos sentidos sobre el mundo y sobre nosotras mismas.

Nos interesa el cuerpo porque se ubica en la frontera, en el margen, entre el yo y el resto y, por esta razón, irrumpe como vínculo y relación. Su caducidad y vulnerabilidad, la posibilidad de ser dañado y cuidado ponen en evidencia nuestra ontología relacional. Es decir, la carga potencial sensible que nos incumbe.

Nos interesa también porque existen multitud de exclusiones relacionadas con la diferencia corporal. Hay sujetos hipercorporalizados en los que sus cuerpos han marcado su destino. Han sido cuerpos tratados como estrictamente físicos (*körper*),

arrancados de su dimensión *Leib* (cuerpo-sujeto-intencional) (Merleau-Ponty, 1979). Por lo tanto, lo negado en estos casos ha sido el acceso a su reescritura simbólica, el cuerpo como texto. De este modo, si entendemos la educación justamente como (anti)destino, debería poder pensarse en un trabajo sobre esta dimensión simbólica, histórica y contextual. La cuestión aquí es presentar los cuerpos no siempre sanos, no siempre vigorosos como espacios de activación política.

La vista es un aparato de producción corporal, por lo que hay modos de mirar que fabrican cuerpos, deseos, bellezas, y el reto es construir nuevos cuerpos, nuevos deseos, nuevas bellezas, nuevos modos de mirar. Es importante reivindicar estrategias que partan de la vulnerabilidad, de visibilizar su potencia transformadora. Derribar el imperativo de tener que ser siempre fuertes para ser productivos y productivas para encontrarnos en nuestra incompletud, que, sin duda, nos acerca al otro (Lévinas, 1991). Todo ello, para hacer un mundo más habitable. Es esta habitabilidad del mundo la que combate la erosión del neoliberalismo y hace la vida (en su diversidad) sostenible.

Siguiendo con Lorde, no existen dolores nuevos, todos son conocidos. Los hemos sentido antes, los hemos escondido en el mismo lugar donde tenemos oculto nuestro poder. Por esta razón, hacerse cargo del dolor, desocultarlo, airearlo y (re)nombrarlo puede otorgarle un efecto renovado. Puede permitir habitar el mundo y no únicamente que este habite los cuerpos y las mentes (supuestamente erróneos) en forma de discriminación.

Cuando atravesamos y nos hacemos cargo de la parte más dolorosa, de la discriminación, el daño, el rechazo y la hostilidad, salimos con una fuerza renovada y poderosa. El cáncer de pecho sirvió a Lorde para descubrir una puerta de acceso al propio poder y conocimiento. Son el dolor, la angustia y la conciencia

de mortalidad los que lo posibilitaron. El relato de esta autora no deja de ser un testimonio del proceso de conexión con el propio cuerpo y la realidad tangible de la finitud. Se reconoce como vulnerable y en ese acto se fortalece. No se evita el miedo, sino que se utiliza como combustible para transitar el propio camino. Nos dice que si podemos realizar el salto de la impotencia a la acción, entonces el trabajo utiliza el miedo, lo drena y el resultado es un efecto de empoderamiento. Lo que se pone en juego es el significado social del dolor de los colectivos hegemónicos y subalternos. Es decir, el lugar o no lugar para narrar y explicar el dolor que ambos grupos tienen. Quiere decir esto que el ejercicio político pasa y se juega en el terreno del relato, de la (re)escritura de los padecimientos y la apertura de nuevos significados.

Lo realmente negado es la dimensión simbólica de las vidas de los subalternos.

La afirmación política del yo a través de las narrativas del sufrimiento es lo que aquí nos concierne, comprendiendo, a su vez, el impacto de este acto en lo social. Narrar se entiende aquí como un proceso que permite situar el sufrimiento en la historia y en el mundo, lo cual posibilita (re)semantizar el propio mundo y, con él, también el propio dolor.

Fijémonos en que el modelo médico hegemónico, de manera sistemática, clausura y silencia este sufrimiento. Las mismas personas aprenden a autocensurarse al comprender que airearlo es un indicador de enfermedad, lo cual, sin duda, amplifica el sufrimiento. Es esta clausura precipitada del dolor lo que no permite interrogarse y comprender el mundo que se habita. Recuperar la dimensión política del dolor amplía el mundo de la vida. Lo que se pone en juego es, pues, transformar la experiencia del sufrimiento en mecanismo constructivo (social o individual). Las estrategias para todo ello son:

- El nombramiento —cambiando el sujeto de la enunciación, ya no ubicado en las instancias expertas sino en los propios afectados—.
- La visibilización.

Consecuencia de estos dos ejercicios será una nueva construcción de significado que alterará la percepción del dolor. Como afirma Le Breton (1999, págs. 94-95):

«No hay una objetividad del dolor, sino una subjetividad que concierne a la entera existencia del ser humano, sobre todo a su relación con el inconsciente tal como se ha constituido en el transcurso de la historia personal, las raíces sociales y culturales; una subjetividad también vinculada con la naturaleza de las relaciones entre el dolorido y quienes lo rodean».

La arqueología de la subjetividad es acto político de resistencia en sí mismo. Lejos de domesticar y homogeneizar, se trata de no negar lo que concierne a los cuerpos, su posibilidad de ampliar semánticas.

Esta ampliación o multiplicación semántica y narrativa del dolor la vemos también muy bien reflejada en la posición que toma el movimiento Hearing Voices (Hearing Voices Movement, 2015) cuando nos dice lo siguiente:

«Las personas que formamos parte de Entrevoces compartimos esta otra forma de pensar el dolor psíquico que no nos arrastra al simple consumo indiscriminado de psicofármacos y a situaciones absurdamente circulares donde el síntoma y el diagnóstico se abrazan en un bucle completamente inoperativo (se es un “enfermo mental” porque se escuchan voces, se escuchan voces porque se es un “enfermo mental”). Nuestro grupo está compuesto por personas que hemos

sido diagnosticadas y por profesionales implicados en la búsqueda de caminos que afronten la comprensión y la reducción del sufrimiento psíquico desde el mayor de los respetos por la autonomía individual. Y nuestra intención es explorar la relación que existe entre la propia vida y las experiencias psíquicas, para dotarnos de estrategias que permitan abordar la locura desde posiciones que no sitúen a la persona en un rol de sujeto-pasivo, estigmatizado y victimizado».⁷

9.2. Cuerpos y espacio público

Pensar la salud mental colectiva es indudablemente pensar los espacios públicos, las redes de solidaridad y las resistencias colectivas frente a las imposiciones.

Las narrativas anteriormente mencionadas están relacionadas con el uso político de la experiencia, y esta siempre es algo encarnado y corporeizado.

Nos interesa ahora situar el uso político de los cuerpos en los espacios públicos, sus efectos en el devenir y en el bienestar surgidos del encuentro y el vínculo no mercantilizados.

Ya hemos dicho que las estructuras del biopoder se han encargado justamente de matar la dimensión política de los cuerpos medicalizándolos y patologizándolos. Si no podemos hacer un uso político de los cuerpos (diversos), no podemos señalar qué parte de lo social genera sufrimiento, rechazo y violencia. Todo el mal queda en el interior y los sujetos son causa única del padecimiento. Se rompe, por tanto, el lazo social que arropa, que acoge, que acompaña, que genera bienestar en la unidad, en el

7. Para más información, se puede consultar Blackman (2001).

sentirse parte de algo. Atomizados y aislados los sujetos, la fuerza colectiva queda desactivada y lo contrahegemónico neutralizado.

Digamos, en fin, que los usos de los espacios determinan los encuentros o desencuentros humanos, que nos han fiscalizado el espacio público y que este es, justamente, el escenario de encuentros con la diferencia y lo común. Los cuerpos se han diluido en un circular, sin presencia, y no hay política sin cuerpo. Y sin política no podemos hacernos cargo de la dimensión social del sufrimiento psíquico. La fiscalización del espacio público ha revertido en un desencuentro constante con las diferencias, en actos de expulsión a la periferia, en aislamientos generalizados, y en reducciones drásticas de la participación pública y política de la ciudadanía en lo que les concierne y, en consecuencia, en una parálisis de la voluntad (en un malestar social). Expulsar las diferencias y los padeceres humanos a lugares que los hacen invisibles (en nombre de su tratamiento), como si aquello no tuviera que ver con lo común, con lo humano y con lo público, es un tipo de negación y fiscalización de una parte de lo humano que no acepta su propia finitud. También es una negación del tejido social que podría suponer cierto sostén para el sufrimiento humano. Esta expropiación nos señala algunas estrategias de participación que podemos seguir y que a continuación desarrollamos.

9.3. Procomunizar el cuerpo

Los procomunes son aquellos bienes de todos y de nadie. Bienes que a priori nos han sido donados para siempre (el sol, el aire, las calles, el ciclo de los nutrientes, etc.) y que son necesarios para construir comunidades. Hacen la vida posible, son la base

sobre la que se fundan las sociedades y nos constituyen como humanos. Van más allá del mercado y del estado, especialmente más que una cosa son una determinada gestión de esta cosa.

Según Lafuente (2007b), la degradación de un bien implica el debilitamiento de una comunidad. La relación entre procomún y comunidad es estructural, hasta el extremo de que no hay procomún sin comunidad, ni comunidad sin procomún. Esto resulta esencial si queremos pensar en la gestión (común) del dolor y el sufrimiento mental, y en las redes de sostén comunitarias.

A lo largo de la historia de la participación social encontramos grupos de afectados que protagonizan procesos y modalidades de empoderamiento interesantes para pensar las posibilidades de participación social en nuestro terreno. Se trata de grupos concernidos por la pérdida de algún tipo de bien común, que se activan para su recuperación. Lo que tienen en común estos grupos es, por un lado, el sentimiento inicial de que algo les ha sido arrebatado y que es esencial. Por el otro, que han decidido luchar contra lo que consideran una agresión. Lo fundamental es que estas comunidades de afectados deben ser comunidades epistémicas, en el sentido de que debe haber un proceso de apropiación del conocimiento y las tecnologías. En este punto radica su potencia política transformadora. Para Lafuente (2007a), inicialmente estas comunidades deben hacerse visibles y, para que su mal sea reconocido, deben afrontar una serie de retos:

- Identificar la naturaleza del problema.
- Diseñar las variables que permiten rastrearlo.
- Objetivar el conflicto que denuncian.
- Enmarcarlo en narrativas verosímiles.
- Movilizarlo por las redes pertinentes.
- Tratarlo en términos jurídicos.

- Conceptualizarlo y acercarlo a posibles aliados.

Significa esto, según el autor, que las comunidades de afectados siempre aspiran a un ensanchamiento de la vida pública por la vía de una modernización epistémica o, en otros términos, mediante la inclusión en el teatro de conocimiento de nuevos actores, otros problemas, distintas evidencias y diferentes agendas (Lafuente, 2007a).

Antonio Lafuente distinguió en 2007 (2007b) cuatro entornos del procomún,⁸ entre ellos el cuerpo. El cuerpo enfermo, el cuerpo disfrutando, el cuerpo feliz o que padece no son naturaleza, ni tampoco cultura, ni una cosa ni la otra, sino otro entorno donde contrastar lo que (nos) pasa. Hablamos aquí del cuerpo no como lo que nos viene dado, sin más, sino como texto simbólico, social y contextual. Los procomunes del cuerpo están relacionados con el hecho de que aquel nunca ha tenido un propietario y de que, en consecuencia, siempre ha estado amenazado (esclavitud, patologización, domesticación, intereses, manipulación de las sensibilidades, etc.). Ser dueños de nuestro cuerpo es, por tanto, algo que no nos viene dado, sino que está en permanente conflicto.

Señalamos la cuestión del cuerpo porque nos parece esencial en materia de salud mental. En ocasiones la autogestión del cuerpo ha sido arrebatada, fiscalizada y colonizada por las instancias *psi*. Por lo tanto, analizar y situar este problema, su naturaleza, como cuestión vinculada (si no del todo, en parte) a la salud nos parece importante. Entendiendo el cuerpo como texto donde imprimir escrituras y (re)escrituras, que a su vez lo constituyen y construyen en cuanto tal. En esta dirección, nos parece relevante

8. El cuerpo, el medio ambiente, la ciudad y el entorno digital.

pensar la participación social de los grupos concernidos por el tema de la salud mental en términos de procomunización del cuerpo (salud, amor, cuidados, sufrimiento, etc.). Poner el cuerpo como objeto de experimentaciones y ensayos. En la dirección señalada por Estalella, Rocha y Lafuente (2013) de tornar en bien común objetos diversos mediante la experimentación ciudadana. Esto es, como método de preguntar juntos qué pretende problematizar la diferenciación entre teoría y práctica, entre reflexión y acción (Estalella, Rocha y Lafuente, 2013). O, en otros términos, generar producciones culturales, como ensayos de caso que pueden, eventualmente, producir otros sentidos sobre el consenso (de lo humano quizá, de la salud).

Este poner el cuerpo (el dolor, la vulnerabilidad, la fatiga, la ansiedad, etc.) como objeto de experimentación para procomunizarlo incluye convertir esta experiencia en evidencia. Activar o provocar escenarios de ensayo con el cuerpo para poder escucharlo, registrarlo y hacer de ello nueva evidencia científica sobre el dolor, la vulnerabilidad, la salud, etc. Esto posibilita la producción epistémica, condición indispensable decíamos para el empoderamiento y la transformación social. Existe aquí un rol político de la evidencia relacionado con la concepción gramsciana de transformación molecular. Cómo dar cuenta de estos cambios y hacer de ello dato empírico.

En otras palabras, ensayar, probar actividades, tareas, relaciones, etc., y construir evidencias, herramientas de valoración y estudiar, a su vez, cómo estas afectan lo valorado. En el sector social, sabemos que es muy complejo convertir experiencias en evidencias a través de indicadores sociales, pero no por ello cabe renunciar. Todo el proceso de construcción de evidencias es una forma de participación social que puede muy bien generalizar las prácticas de autoobservación o autoescucha

y que pueden, a su vez, suponer actividades de autocuidado (*selfcare*). Actos que dan cuenta de lo que me sucede y cómo se reactualiza lo que me sucede desde la activación de escenarios de ensayo. El arte performativo es aquí esencial. El interés está en evidenciar lo que me ocurre (vídeos, narrativas, datos, webs, etc.). Por otro lado, generar estos escenarios de ensayo en lo público facilita afrontar cómo comunicar lo incommunicable, el dolor, la sensibilidad en el cuerpo. Con ello, estudiar la propia transformación del dolor al compartirlo y visibilizarlo. Este modo de producir epistemología es, en palabras de Lafuente, ciencia colateral, expandida y saber profano.

Estalella, Rocha y Lafuente (2013, págs. 21-40) nos dicen que:

«[...] el procomún constituye un objeto epistémico: un método de investigación, un espacio experimental (literalmente) o un objeto de conocimiento».

Por tanto, la experimentación a través de actos teatrales, *performances* orientadas a escuchar el propio cuerpo, rescatar los saberes subjetivos sobre el sufrimiento son actos de procomunizar –tornar en bien común– temas diversos (cuerpo, sufrimiento, placer, vulnerabilidad, etc.) mediante la experimentación ciudadana con el fin de producir salud. El procomún como un método de preguntar juntos y juntas, que pretende problematizar la diferenciación entre teoría y práctica, reflexión y acción (Estalella, Rocha y Lafuente, 2013). Y estos ejercicios (ciudadanos y públicos) construyen procomún sobre los temas citados pero también, en su misma experimentación, los reconfiguran. Es decir, pluralizan sus significados y semánticas.

Vemos en todo ello que los estudios sobre el procomún han superado el terreno de los recursos naturales (el sol, la biodi-

versidad, los nutrientes, el agua, etc.) para amplificarse hasta la salud, los afectos, los cuidados, el amor. Lo que proponemos es activar este tipo de experimentaciones en el terreno de la salud mental a través del arte escénico. Fijémonos en que, en otras experiencias, existe siempre un ejercicio de problematización de la economía política de la producción cultural. Así, la noción de cultura, la concepción de la labor creativa y sus formas de organización laboral son puestas a prueba en estos espacios de experimentación en los que el procomún es una fuente de inspiración (Estalella, Rocha y Lafuente, 2013).

En síntesis, el procomún está relacionado con un tipo de gobernanza que piensa y evidencia otros modos de gestionar y organizarse. Han cambiado los medios y los modos, y hay una lucha de lo que cuenta como evidencia. Desde dónde se construye y cómo circula (qué materialidad tiene) esta evidencia. Todo ello también relacionado con otros modos de hacer ciencia, como una forma de producción colaborativa entre iguales (*common-based peer production*) que abre la participación social y política radicalizando la democracia (Lorde, 2003, pág. 77):⁹

«Porque no se puede combatir contra el viejo poder solo con sus armas. Solo podemos combatirlo creando una estructura global que abarque todos los aspectos de la existencia, crearla a la vez que resistimos».

9. El proyecto de artes vivas e investigación VULNUS persigue algunas de estas ideas. VULNUS es un proyecto artístico que, incluyendo la investigación, produce alianzas entre creadores e investigadores, interviniendo y reflexionando sobre artes vivas y sociedad. El grupo VULNUS (ciudadanos y ciudadanas interesadas en la creación colectiva, activistas e investigadores) se interroga sobre la diversidad, la vulnerabilidad y la noción de procomún, y las cuestiona, abriendo nuevas vías de creación artística y de producción de conocimiento. Para más información se puede consultar la web <https://www.vulnusartsvives.com/>.

Bibliografía

- Arenas, M. (2014). El precariat davant la crisi: reptes i oportunitats. *Temps d'Educació*, 47, 49-68.
- Arenas, M., y Pié, A. (2014). Las comisiones de diversidad funcional en el 15M español: poner el cuerpo en el espacio público. *Política y Sociedad*, 51(1), 227-245.
- Asensi, M. (2009). La subalternidad borrosa. Un poco más de debate en torno a los subalternos. En G. C. Spivak, *¿Pueden hablar los subalternos?* Barcelona: MACBA.
- Barceló, L., y Fernández, D. (2001). *Monos como Beckett*. Bilbao: Virus.
- Blackman, L. (2001). *Hearing Voices. Embodiment and experience*. Londres: FAb.
- Canals, J. (2008). Ambigüedades y contradicciones sobre la diversidad en los ámbitos de la salud mental y de los servicios sociales. En J. M. Comelles y M. Bernal (Eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*. Valladolid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Crehan, K. (2002). *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Deligny, F. (1971). *Los vagabundos eficaces*. Barcelona: Laia.
- Díaz Reboledo, C. (2013). Políticas del cuerpo y heterotopías del #15M. *Revista de Antropología Experimental*, 13(5), 89-111.
- Domènech, M., Tirado, F. J., Traveset, S., y Vitores, A. (1999). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, 12, 20-32.
- Hearing Voices Movement (2015). *Entrevoces*. http://entrevoces.org/?page_id=4&lang=es_ES
- Estalella, A., Rocha, J., y Lafuente, A. (2013). Laboratorios del procomún: experimentación, recursividad y activismo. *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, 10(1), 21-40.

- Fernández-Savater, A. (2014, 24 enero). Potencias y problemas de una política del 99%: entrevista con Jacques Rancière. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/interferencias/ranciere-politica-del-99_132_5060431.html
- Ferrer, A., et al. (2009). *La relació entre les persones usuàries i professionals en l'àmbit de la salut mental: 2n estudi psicosocial. El procés terapèutic*. Barcelona: CET Apunts.
- Garcés, M. (2013). *Un mundo común*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- García Canclini, N. (1989). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.
- García Espín, P. (2012). El 15M: de vuelta al barrio como espacio de lo político. *Revista Internacional de Pensamiento Político*, 7, 291-310.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gilligan, C. (2011). Une voix différente. Un regard prospectif à partir du passé. En P. Paperman y S. Laugier (Eds.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (págs. 37-50). París: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Goffman, E. (1961). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu.
- Good, B. *El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital. Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Gramsci (1981/1975). *Cuadernos de la cárcel*. Turín: Einaudi.
- Gramsci (1996/1947). *Lettere del carcere*. Palermo: Sellerio.
- Hoffman, C. (1999). Panoràmica de les alternatives a la institucionalització en els diferents àmbits. Salut mental. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 12, 92-96.
- Lafuente (2007a). *El carnaval de la tecnociencia*. Madrid: Gadir.

- Lafuente, A. (2007b). Los cuatro entornos del procomún. *Archipiélago: cuadernos de crítica de la cultura*, 77-78, 15-22.
- Lafuente, A., y Corsín Jiménez, A. (2010). Comunidades de afectados, procomún y don expandido. *Fractal*, 57, 17-42.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Lévinas, E. (1991). *Ética e infinito*. Madrid: La balsa de la Medusa.
- López Petit, S. (2014). *Hijos de la noche*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Lorde, A. (1980). *The Cancer Journals: Special Edition*. San Francisco: Aunt Lute Books.
- Lorde, A. (1984). *Sister Outsider: Essays and Speeches*. Berkeley: Crossing Press.
- Lorde, A. (2003). *La hermana y la extranjera*. Madrid: Horas y Horas.
- Mannoni, M. (2005/1979). *La educación imposible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez, A. (2012). Vidas apagadas: el sentido común de la locura y la locura del sentido común. [Seminario internacional]. *Revisando la idea de locura*. Servicios Sociales El drago / Cabildo de Lanzarote.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 85-119.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (págs. 451-464). Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez / Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos (Comp.), *La antropología médica en México* (tomo 2, págs. 9-24). México: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Merleau-Ponty, M. (1979). *Phénoménologie de la perception*. París: Gallimard.
- Nez, H. (2012). Entre los militantes y los laboratorios deliberativos: el 15-M. En B. Tejerina e I. Perugorria (Eds.), *From Social to Political. New Forms of Mobilization and Democratization. Conference Proceedings*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Núñez, V. (2002). Nuevos recorridos para la formación inicial de los educadores sociales en España. En V. Núñez (Coord.), *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la pedagogía social*. Barcelona: Gedisa.
- Pié, A. (2013). L'epistemologia feminista d'Audre Lorde (1934-1992) i la Teoria Queer en la pedagogia social del segle XXI. *Educació i Història: Revista d'Història de l'Educació*, 115-141.
- Pié, A. (2014). *Por una corporeidad posmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Editorial UOC.
- Pié, A. (2019). *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, «capacidad de actuar» (*agency*) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.
- Planella, J. (2009). *Ser educador: entre pedagogía y nomadismo*. Barcelona: Editorial UOC.
- Rancière, J. (2003). *El maestro ignorante: cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Barcelona: Laertes.
- Rivordy-Tschopp, F. (1989). *Fernand Deligny éducateur «sans qualités»*. Ginebra: Les Editions IES.
- Romanos, E. (2011). El 15M y la democracia de los movimientos sociales. *La Vie des Idées*. <http://www.booksandideas.net/El-15M-y-la-democracia-de-los.html>
- Rose, N. (1989). *Governing the soul*. Londres: FAB.
- Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: Era.
- Spivak, G. (2009). *¿Pueden hablar los subalternos?* Barcelona: MACBA.

- Szurmuk, M., y Mckee, R. (2009). *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos*. México: Siglo XXI.
- Taibo, C. (2013). The Spanish indignados: A movement with two souls. *European Urban and Regional Studies*, 20(1), 155-158.
- Toret, J. (Coord.) (2013). *Tecnopolítica: la potencia de las multitudes conectadas. El sistema red 15M, un nuevo paradigma de la política distribuida*. Barcelona: Internet Interdisciplinary Institute (IN3) / UOC.
- Wildemeersch, D. (2011). *Animación y educación en sociedades complejas: un recorrido por las perspectivas y prácticas sociopedagógicas críticas*.

Capítulo III

Narrativas de aflicción. La interpretación antropológica en salud mental

Ángel Martínez Hernández

Las narrativas de aflicción son los relatos que las personas con sufrimiento —llamémosle enfermedad, trastorno, disfunción, malestar, adversidad o simplemente problema— construyen sobre sus propias vidas.

A menudo, en salud mental se ha entendido como algo anecdótico o se ha minusvalorado esta dimensión narrativa del sufrimiento frente a otros aspectos considerados más perentorios, como la posibilidad de elaborar nosologías, la consecución de un diagnóstico, el conocimiento de las bases psicobiológicas de los trastornos mentales, o la búsqueda y aplicación de un tratamiento, sea este psicoterápico, somático o psicofarmacológico. Sin embargo, narrar constituye una de las prácticas más universales y necesarias. Por un lado, permite al emisor o creador del relato dar significado a su propio malestar. Por otro lado, esta vez en el terreno del intérprete, es la puerta al conocimiento de otros mundos de experiencia.

Narrar la experiencia significa crear sentido sobre esta, pero también comunicar, socializar, compartir, establecer un vínculo con un potencial intérprete. La narración de la experiencia nunca es la experiencia en sí, sino la interpretación del narrador de esa historia, aunque se trate de una vivencia propia. Hagamos el ejercicio de pensar en nuestros sueños. Cuando despertamos y recordamos un sueño, podemos comentar a alguien su contenido. Diremos algo así como «Esta noche tuve un sueño en el que...».

Sin embargo, a la hora de narrarlo, muchas piezas quedarán sin engarzar y así lo sentiremos mientras lo relatamos. ¿Por qué? Porque la experiencia del sueño supone una emocionalidad sentida, y, ¿cómo narrar las emociones?, ¿cómo transmitir lo sentido? Ciertamente, no todo es subsumible en el discurso y, por tanto, en el discurrir de nuestro relato. Muchas cosas quedarán en el tintero esperando su posibilidad expresiva. Buscaremos palabras en nuestro léxico, describiremos sensaciones pero sin llegar a agotar las posibilidades de lo que hemos sentido en el sueño. Tampoco de todo lo vivido. Como nos indica Gabriel García Márquez en sus memorias: «La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla».

Desde un punto de vista evolutivo, el lenguaje y su nivel de complejidad son las características que diferencian a nuestra especie de otras, así como la capacidad para simbolizar y crear horizontes compartidos de significación. A este enredo del lenguaje en el que nos encontramos los humanos, Peirce (1966) lo llamó *semiosis ilimitada*. Con ello se refería a que, si el lenguaje siempre se autorrefiere a sí mismo, cómo se puede hablar de él sin caer en su misma estructura, sin utilizarlo.

Ahora bien, la capacidad simbólica es un universal humano, pero los individuos crecemos y nos desarrollamos en un sistema simbólico específico, el de nuestra cultura. Como indica Geertz, somos individuos incompletos e inconclusos que nos completamos por obra de la cultura, pero no de la cultura en general, sino por formas específicas de esta. Por ello las narrativas de aflicción son productos de su espacio y tiempo culturales, aunque estos sean híbridos y en continua transformación. Con ello no queremos negar la pretendida universalidad de las emociones, sino destacar la particularidad local con las que estas se significan y resignifican. La cultura moldea las emociones haciendo que la culpa,

la vergüenza, el deshonor o cualquier otro sentimiento invadan la trama narrativa. Y no solo desde la perspectiva del relato. El insomnio, la presión en la boca del estómago o el dolor de cabeza asociados a los malestares, por ejemplo como consecuencia de la culpa, son formas de corpoizar o materializar, en el cuerpo, los valores culturales y una determinada tradición o sistema normativo. Por eso, a menudo afirmamos desde las ciencias sociales que, de la misma manera que el cuerpo (y el individuo) es y está en una sociedad, la sociedad también está en el cuerpo y en el individuo, moldeando las emociones y la experiencia, y dando sentido a esta última mediante formas de pensar y de organizar lo pensado.

Desde la antropología se enfatiza la dimensión local del mundo narrativo. Frases como «Me duele el corazón» adquieren un significado diferente si quien lo dice es el personaje de una novela romántica europea, un indígena náhuatl de Hueyepan o una mujer iraní, pues para el primero el corazón es el símbolo de la vida afectiva, para el segundo un órgano necesario para la deglución de los alimentos y para la tercera una forma tradicional de expresar los conflictos de la cotidianidad, entre ellos los problemas de comunicación con la suegra. El significado de algo así como el «corazón» recae en el contexto o, mejor dicho, en la relación entre texto y contexto, de tal manera que, como ha apuntado con perspicacia Ots, «un corazón no es un corazón no es un corazón». Los textos, como las frases, las expresiones, las palabras y los guiños dependen tanto de un emisor humano, como de un universo de sentido donde cobran capacidad de significar alguna cosa y de ser interpretados.

1. Interpretar, explicar, describir

El antropólogo Clifford Geertz (1991) nos relata en «Descripción densa: Hacia una teoría interpretativa de la cultura» un dilema que extrae a su vez de un texto del filósofo Gilbert Ryle. El dilema es el siguiente: dos muchachos contraen rápidamente el párpado de su ojo derecho; en el primer caso, se trata de una acción no intencional y concretamente de un tic; en el segundo, de un guiño. Ambas acciones son de naturaleza bien diferente, pero observadas en su forma aparente se muestran semejantes, si es que no idénticas. Sin embargo, un guiño no es un tic:

- Un guiño es una acción significativa y deliberada. Es a la vez un movimiento y un signo lingüístico; esto es: vehicula un sentido y se inscribe dentro de un código preestablecido sobre su uso.
- Contrariamente, un tic es un movimiento psicofisiológico que se produce por la contracción involuntaria de uno o varios músculos, y que no se inserta, por lo menos de modo evidente, en el dominio del lenguaje.

Geertz nos indica cómo algunas técnicas de descripción superficial, como sería el caso de la fotografía o de los modelos conductistas, no podrían dar cuenta de la diferencia entre un guiño y un tic. Una imagen fotográfica o una descripción conductual de ambos fenómenos lo único que podría constatar es la evidencia de un parpadeo. Pero, obviamente, esto no es suficiente para entender lo que ocurre. Una descripción que se precie deberá introducir un principio de definición de los contextos en los que un movimiento ocular puede cobrar un sentido, tanto para el emisor como para sus destinatarios; y este tipo de descrip-

ción no es otro que el de la llamada *descripción densa*, como opuesta a la lectura puramente fenoménica o de superficie.

La manera de abordar algo así como un simple parpadeo nos sumerge en modos de análisis muy diferentes. Considerar la realidad desde una opción puramente fenoménica supone registrar un guiño y un tic como el mismo tipo de movimiento, pero también implica una posición teórica determinada: centrarse casi exclusivamente en lo directamente observable y en el movimiento como una especie de señal natural. En este caso, el significado de la conducta depende exclusivamente de su intérprete. Contrariamente, aprehender el parpadeo como una acción intencional y de significado supone distinguir entre un guiño y un tic, y, en el primer caso, discriminar su sentido (conspiración, parodia, entrenamiento de parodia, etc.) de acuerdo con un mundo local de significados. Aquí el sentido no depende del intérprete, sino principalmente del *guiñador* y de su horizonte de sentidos compartidos.

En síntesis, podríamos decir que no es lo mismo preguntarse «qué significa un parpadeo» que cuestionarse «a qué causa responde». El primero es el territorio de la denominada comprensión e interpretación. El segundo es el espacio de la explicación. Teóricamente, en cualquier aproximación a la conducta humana, la explicación también necesita un mínimo de interpretación. Pensemos en el campo de la clínica en salud mental, donde la mayoría de las expresiones de sufrimiento se muestran precisamente a partir del relato del afectado o la afectada: «No puedo dormir», «No encuentro sentido a la vida», «Las voces me hablan», etc. No por azar, uno de los problemas de este campo es la dificultad para distinguir entre guiños y tics.

Según se explica en el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría, también conocido como DSM-IV, una peculiaridad en

muchas tribus amerindias es que, ante una situación de duelo por la muerte o pérdida de una persona estimada, el afligido escucha voces del espíritu del fallecido. Durante aproximadamente tres meses, puede ser recurrente ese fenómeno (Kleinman, 1988). La cuestión es, ¿cómo entender entonces un fenómeno como este, desde la interpretación o desde la explicación?

Desde una óptica explicativa, se optará por proceder a un diagnóstico vinculando este fenómeno con otros signos y síntomas que permitan un diagnóstico, como «depresión con síntomas psicóticos». Este ejercicio supondrá una preestablecida e hipotética asociación entre las alucinaciones auditivas y algunos procesos fisiopatológicos, como la hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales. Lo relevante aquí será vincular el síntoma con una serie de procesos presumiblemente universales, y no entre una serie de significados y su contexto de sentido. Sin embargo, desde una perspectiva interpretativa, lo que estará en juego es relacionar el fenómeno «oigo voces de mi esposa fallecida» con un contexto cultural que ofrezca significado del tipo «un individuo A escucha voces del espíritu de su esposa fallecida porque en su cultura B es una forma consuetudinaria de vivir el duelo».

Los dos modos de análisis son legítimos, pero aportan datos diferentes. Por un lado, en la explicación se establece una relación entre alucinaciones auditivas, psicopatología y alteraciones neuroquímicas. Por otro, en la interpretación, se asocia oír voces con una forma culturalmente pautada de vivir el duelo. Es más, ambas perspectivas deberían ser complementarias y aplicarse en el análisis de los casos con sufrimiento mental, al menos para no entender como patológico aquello que es normal en un determinado contexto cultural. Pongamos un ejemplo.

El tipo de relato que se construye en las historias clínicas en salud mental es semejante al que viene a continuación, el cual ha sido extraído de nuestras investigaciones:

Enferma de cincuenta años de edad sin antecedentes psiquiátricos que es traída a urgencias por su familia por presentar, desde hace 48 horas, un síndrome paranoide caracterizado por ideas de persecución y perjuicio que motivan alteración de conducta. Ideas de autorreferencia poco estructuradas que se acompañan de perplejidad moderada, inquietud psicomotora e insomnio. La sintomatología aparece de forma brusca y sin un desencadenamiento aparente. Del relato de la familia no puede inferirse la existencia de alteraciones esenciales del área de personalidad. Orientación diagnóstica: síndrome paranoide agudo. Tratamiento: (de tipo farmacológico).

Sin embargo, este mismo caso puede ser interpretado desde una óptica diferente, poniendo en valor su dependencia del contexto social y cultural, y el impacto de este en la vida de la afectada. Por ejemplo:

E. (nuestra informante) había visitado recientemente su aldea, un pequeño caserío de Galicia (en el noroeste de España) del que hace un tiempo marchó por motivos económicos. La razón del regreso era de tipo familiar: su madre había fallecido unos meses antes.

Como su padre había muerto hace tres décadas a causa de una leucemia, la muerte de su madre suponía también el reparto de la herencia. En Galicia, la distribución de la herencia entre hermanos y hermanas suele realizarse teniendo en cuenta que al hermano casado en casa, o *millorado*, le corresponde la *millora* (dos terceras partes de las fincas), mientras que el tercio restante debe ser dividido a partes iguales entre

todos los hermanos (incluido el casado en casa). A pesar de que existe una institucionalización al respecto, la fórmula suele ser origen de fuertes desavenencias. No es extraño, entonces, que en este caso específico se generaran desacuerdos sobre la partición de tierras.

A su regreso a Barcelona, E. empezó a sentirse extraña y acosada: «Me miraban por la calle». Comenzó a pensar que era perseguida por un grupo de periodistas y trataba de eludirlos, entrando y saliendo de diferentes bares. La actitud de los transeúntes parecía responder a una confabulación predeterminada. Con los compañeros de trabajo también sintió que algo había cambiado: sus voces eran ahora diferentes. A todo ello se le sumaba la convicción de padecer una leucemia. Para nuestro informante, se trataba de un caso claro de aojamiento motivado por la codicia y la envidia de sus hermanos, y en el que podía haber mediado la meiga o bruja de la aldea.

Como podemos apreciar, esta última aproximación en nada se parece al estilo expositivo del primer texto. Aquí, el análisis del caso es llevado a un dominio de relación entre biografía y contexto cultural, donde el lado del significado o, si se prefiere, de «lo dicho» es nuclear al tipo de descripción. Tomemos, por ejemplo, tres de los síntomas más relevantes que aparecían en la descripción clínica: las ideas de perjuicio, persecución y autorreferencia. Desde un punto de vista interpretativo, estos tres síntomas aparecen fuertemente interconectados, pero no porque respondan a una categoría diagnóstica llamada síndrome delirante o trastorno delirante, sino porque se relacionan en un sistema de significados que se encuentra en el lado de la afectada y que nos dice algo así como:

Un individuo inmerso en el dominio cultural gallego cree, debido a la codicia de sus familiares, ser objeto de mal de ojo que se materializa

en la transmisión de una enfermedad que, a su vez, es inducida por el contacto o la presencia de otros individuos; por esta razón se siente perseguido, interpreta las acciones de otros en términos de sus propios temores y evita toda relación interpersonal.

De la misma manera que las alucinaciones auditivas de un amerindio pueden inscribirse en un código de significados sobre el duelo, o los guiños adquieren su sentido de acuerdo con el contexto, aquí, las ideas de persecución, perjuicio y autorreferencia responden también a mundos locales de significación. Mostrar estas conexiones es el objetivo de una descripción densa como la que acabamos de presentar.

La circunscripción a un dominio cultural particular se refleja, además, en el propio estilo expositivo. En el informe clínico, los conceptos y las categorías utilizadas responden al propio ámbito del investigador. A saber: se habla de síndrome delirante, de ideas de perjuicio, de insomnio, de perplejidad moderada, de inquietud psicomotora, etc. En cambio, en la descripción etnográfica se combinan categorías de la jerga disciplinar con términos del propio ámbito del informante, como *millora*, casado en casa, a sombra, o *enganido* y meiga, entre otros. Y, como es evidente, no es lo mismo hablar de mal de ojo que de síndrome delirante. De la misma manera que no es lo mismo utilizar categorías diagnósticas y sintomatológicas propias del observador (distimia, trastorno de ansiedad generalizada, esquizofrenia paranoide crónica, trastorno bipolar, etc.), que realizar una descripción en términos del punto de vista del informante.¹

1. Tanto el ejemplo como la argumentación han sido desarrollados con mayor profundidad en Martínez Hernández (2019).

2. ¿Cómo interpretar etnográficamente las narrativas de aflicción?

Las disciplinas asociadas con la salud mental (las llamadas ciencias *psí*) han otorgado tradicionalmente poca importancia a las narrativas de aflicción. Más que interesarse por ellas, generalmente se ha intentado trascenderlas para alcanzar un saber sobre los supuestos procesos (cognición, afectos, humor, etc.) que están tras ellas, y que ofrecen claves para un diagnóstico y un tratamiento.

Por ejemplo, en la aproximación al discurso esquizofrénico, se ha considerado más importante su vinculación con determinados procesos neurobiológicos y psicobiológicos, o con el llamado lenguaje del inconsciente que su significado en sí mismo en tanto que relato de una vivencia y de un contexto cultural determinados. El psicoanálisis puede considerarse como una excepción a esta regla. Ahora bien, la preocupación psicodinámica por los relatos biográficos supone generalmente la aplicación de un código universal para entenderlos, y esta perspectiva vulnera el propósito puramente interpretativo de descubrir el sentido del texto a partir de la relación entre texto y horizonte cultural. Dicho en otras palabras, en gran parte de los casos, la opción psicoanalítica aplica un código universal (por ejemplo, el complejo de Edipo) para interpretar las narrativas más que descubrir el código en el propio relato.

La desatención de la narrativa de aflicción puede vislumbrarse en esta transcripción extraída de nuestro trabajo de campo en contextos de atención en salud mental.

Son las 11 horas y 15 minutos, y nos encontramos como observadores en la consulta del doctor S., un psiquiatra de la red pública de Barcelo-

na. A los pocos minutos entra un paciente en su consulta. Se trata de la señora R., de aproximadamente cincuenta años, que, ante la pregunta «Cuénteme, ¿qué le ocurre?» planteada por el clínico, responde con cierto pesar en el habla: «¡Ay, Dios mío! No encuentro sentido a la vida desde que murió mi marido». Al poco rato, el clínico garabatea en un papel «Sentimientos de desesperanza», mientras la paciente continúa con su narrativa, y explica que ahora su hija ya es mayor y quiere vivir sola, que se siente inútil porque siempre se había dedicado a su familia y ahora ya no tiene familia, que su madre murió hace un par de años y que «la casa se le cae encima». El clínico no espera a que la paciente construya más a fondo su relato y realiza preguntas del tipo «¿Se siente usted cansada por las mañanas?», «¿Ha perdido peso últimamente?». La paciente muestra un gesto que interpreto como una incompreensión sobre el objetivo de estas cuestiones, pero continúa hablando de sus problemas cotidianos. Tras una breve espera, el profesional interrumpe de nuevo la narración de la señora R. con cuestiones del tipo: «¿Ha tenido ideas de suicidio?», «¿Puede dormir bien por las noches?», «¿Desde cuándo tiene usted estas sensaciones?». La paciente responde a estas preguntas apelando a su mundo de vivencias y representaciones. No acepta el suicidio porque es contrario a la fe católica y, en cuanto al sueño, reconoce que hace tiempo que lo tiene perturbado por la cantidad de recuerdos e incertidumbres que por la noche invaden su mente. La sesión finaliza abruptamente con una indicación de tratamiento psicofarmacológico —concretamente antidepresivos— por parte del psiquiatra y con una frase de la paciente: «Lo que tengo no me lo van a quitar estas pastillas».

Como se puede observar, el propósito del clínico es principalmente discriminar los signos y síntomas para la elaboración de un diagnóstico, y para realizar un posterior tratamiento. Por otro lado, el objetivo de la usuaria es fundamentalmente narrar

su historia de aflicción; y, en esta, su malestar no es percibido como algo aislado de su mundo social. Más bien son las adversidades de ese mundo (fallecimiento del esposo y de su madre, independencia de la hija, disfunción de su rol de cuidadora por vivir sola: la «casa se le cae encima», etc.) las que se convierten en protagonistas de la narración.

A diferencia de las ciencias *psi*, desde la antropología planteamos una valoración y una aproximación diferentes a las narrativas de aflicción. Hay varios aspectos que es necesario explicitar en este punto para definir qué es una interpretación etnográfica frente a otras opciones explicativas o interpretativas.

2.1. El punto de vista nativo

Umberto Eco decía con ironía que no es adecuado interpretar *Edipo Rey*, la tragedia de Sófocles, como si fuera una novela policíaca, buscando a un culpable. Ciertamente, no podemos leer una tragedia griega como una novela policíaca o esta última como un drama teatral. Cuando leemos una novela, el código para interpretar el texto recae en el propio texto y no en apriorismos del lector. Dicho de otro modo, el lector debe descubrir el código en el relato para poder entenderlo.

Gran parte de las ciencias *psi* se desvinculan de este interés por interpretar narrativas porque, como ya hemos dicho, están más interesadas en explicar procesos psicopatológicos. Interpretar o comprender no es lo mismo que explicar. En el primer caso, la pregunta es qué significa algo; en el segundo, cuál es su causa o su lógica causal. La primera actividad nos dirige a interpretar signos, símbolos y narrativas; la segunda nos habla de hechos y, en este caso, de procesos psicobiológicos y fisiopatológicos.

Para interpretar narrativas hay que poner énfasis en que el sentido del relato no puede ser vulnerado. En hermenéutica, como en determinadas orientaciones antropológicas, el objetivo no es preguntarse por la causa de las cosas, sino intentar comprenderlas e interpretarlas correctamente. Para ello, es necesaria una aproximación a lo que los antropólogos llamamos el punto de vista nativo, que es semejante a descubrir el código del relato. Y ese código está en el mundo social y simbólico del narrador.

2.2. El mundo social

Cuando hablamos de mundo social nos alejamos de una lectura de los relatos como producciones simplemente individuales. Se trata, aquí, de aplicar más un macroscopio que un microscopio. Los sujetos afectados por sufrimiento mental, al igual que todos los individuos, no son islas psicopatológicas. Viven sus vidas, y construyen su identidad subjetiva y social en las interacciones con otros individuos. Vivencias como el estigma a la enfermedad mental, la falta de recursos económicos, las tensiones en las relaciones familiares, la red social de interacciones o las ideas religiosas cobran actualización en los relatos de aflicción y son parte del código para entender estas narrativas.

Al interpretar narrativas debemos aplicar un método holístico y relacional incorporando los elementos más significativos de las vidas de los narradores. Una simple queja como «Ay, Dios mío» condensa realidades diversas, como una emoción que se expresa en un cuerpo suspirando, una adversidad o preocupación, y un mundo religioso donde una categoría como «Dios» cobra sentido. Lo mismo ocurre en cualquier relato. Recordemos que el mundo social está en el cuerpo como este en la vida social.

2.3. Enfoque descriptivo frente a enfoque prescriptivo

La interpretación etnográfica es un método que responde al objetivo de indagar y teorizar sobre cómo son las cosas y no al propósito de prescribir cómo deberían ser. Este principio ha dotado a disciplinas como la antropología de un carácter de ciencia básica de la realidad social y de la cultura, así como de una distinción con respecto a aquellas disciplinas que deben su razón de ser a una finalidad dogmática, técnica o instrumental, como es el caso de la medicina y las ciencias de la salud en general. Probablemente fue Max Weber quien mejor observó esta condición cuando apuntó precozmente sobre el «sentido» que interesaba a las ciencias sociales (Weber, 1987, pág. 6):

«En modo alguno se trata de un sentido objetivamente justo o de un sentido verdadero metafísicamente fundado».

Como señalaba Weber, el quehacer de disciplinas como la ética, la jurisprudencia, la lógica, la estética, pero también podríamos añadir aquí la medicina, la psiquiatría y la psicopatología, no puede escapar a la dimensión normativa y prescriptiva. La vinculación a un «deber ser», que se refleja en dicotomías como lo justo y lo injusto, lo bello y lo grotesco, o lo normal y lo patológico convierte a estos saberes en dependientes de una prescripción, porque su objetivo no es tanto descubrir el conjunto de normas que regulan el juego social, o explorar los sentidos y los significados, como crear, recrear, modificar, y transmitir las normas y los sentidos de ese mismo juego. Esto no significa que en estas tradiciones de conocimiento no existan discrepancias en torno a cuáles han de ser esos principios normativos, y cómo

incorporar los cánones y valores de las minorías, sino que aquello que resulta significativo en todos estos casos es la existencia de un rol instrumental en la recreación o transformación de la realidad natural, individual, política o cultural.

Frente a esta posición prescriptiva, el propósito etnográfico es capturar un sentido que, según Weber, no es otro que el «sentido subjetivo de la acción» que puede darse en un caso históricamente dado y que puede adquirir estructuración de tipo ideal entre los actores sociales; esto es: el punto de vida nativo. Aquí el objetivo no se encuentra en la necesidad de dictaminar la normatividad de la acción, sino de comprenderla.

Como es de esperar, esta condición, que podemos llamar metanormativa, tiene consecuencias evidentes en la manera de aproximarse a otros mundos de experiencia. El «sentido de la acción social» es un sentido racionalizado por el intérprete y, a la vez, un sentido rescatado de la acción investigada. Dicho en otros términos: es un sentido compuesto tanto por lo que podemos denominar conceptos profesionales como por nociones locales. Y en esta relación dialógica entre saberes y sistemas conceptuales es donde el intérprete adquiere una posición liminal. Parafraseando a Gadamer (1977), podemos decir que la posición del intérprete (y del etnógrafo) consiste en un «estar entre» (*Zwischen*) su mundo cultural y subjetivo, y el mundo por interpretar.

2.4. La posición de no saber

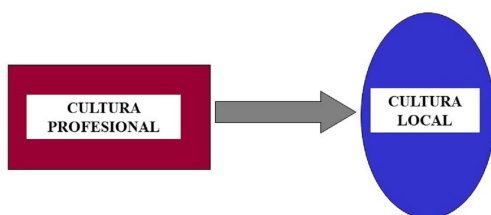
Asociada a la actitud descriptiva del enfoque etnográfico encontramos la posición de no saber. Este no saber es a su vez relativo, pues en el fondo deberíamos hablar de una simetría de saberes que deviene del carácter dialógico de la interpretación

etnográfica y que adquiere un perfil enfático cuando se compara con otras estrategias de conocimiento centradas en posiciones de jerarquía.² Pensad que si hay algo que identifique a la interpretación etnográfica frente a otros procedimientos es la especial posición del investigador frente a su objeto de estudio. Debido a su objetivo de dar cuenta del «sentido de la acción social», el trabajo etnográfico sitúa al investigador en la posición del no saber. En esperada correspondencia, el que sabe es el informante, del cual se espera que vaya desvelando, con su relato, la lógica de los códigos nativos. La base de esta relación es la horizontalidad o no jerarquización entre los saberes profanos y los saberes expertos.

Expresado en otros términos, esto supone pasar de un modelo monológico donde prima el saber propio de la cultura profesional a un modelo dialógico. La figura 1 expresa la lógica del modelo monológico, que viene asociado a unidireccionalidad y jerarquía interpretativa.

Figura 1. Modelo monológico

MODELO MONOLÓGICO



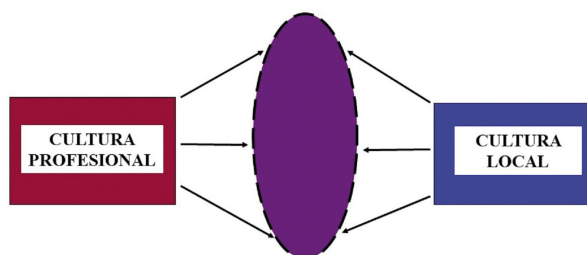
Fuente: elaboración propia

2. Léase medicina y ciencias de la salud en general.

La figura 2 expresaría una horizontalidad entre las concepciones profesionales y profanas, así como una bidireccionalidad.

Figura 2. Modelo dialógico

MODELO DIALÓGICO



Fuente: elaboración propia

La dialéctica entre un mundo por conocer (mundo nativo) y un mundo supuestamente conocido (el campo profesional, la propia cultura, etc.) es solo posible desde una oscilación entre el saber y el no saber. En el campo sanitario, esta oscilación se convierte, además, en un instrumento de suma utilidad, debido a la existencia de un modelo marcadamente monológico, jerárquico y de reducción de las enfermedades, padeceres y formas de tratamiento a un universo de factores biológicos o psicobiológicos.

2.5. Sentido literal y sentido simbólico

La mayor parte de los relatos, como las narrativas de aflicción, muestran una doble dimensión de significado. Por un lado, nos encontramos con un significado literal que a menudo puede ser interpretado sin demasiadas perspicacias. Así, si

alguien dice «Tengo nervios», la primera lectura hará hincapié en que esa persona se encuentra ansiosa e intranquila. Sin embargo, cualquier expresión o relato de aflicción incorpora otros niveles de sentido, que son los segundos y terceros sentidos, y que remiten a un universo simbólico que es local y específico. Por ejemplo, no es lo mismo tener nervios en Brasil, que nervios en el Caribe o nervios entre las personas afectadas por esquizofrenia en Barcelona. En el primer caso, los nervios remiten a un contexto de desigualdad que produce (producía) desnutrición crónica; en el segundo, al síndrome conocido como «ataque de nervios» que supone un episodio de violencia incontrolada y, en el tercero, a una forma de relegitimarse por la cual se quiere normalizar la experiencia psicótica mediante un término más inocuo en términos de estigma social.

Ricoeur definía las segundas dimensiones de significado como el plano simbólico, y la hermenéutica o arte de la interpretación como la búsqueda de ese tipo de significado. De hecho, podemos decir que en las narrativas de aflicción aparecen usualmente estos dos planos de sentido articulados en dos polos, tal como definía Turner para los símbolos rituales dominantes. Esto es: un polo fisiológico que es también el más cercano a la interpretación literal y que se asocia con significados más corporales de malestar, y un polo ideológico que tiene que ver con los problemas de interacción en un mundo social, por ejemplo, el conflicto de lealtades, los problemas de la identidad social o los ideales de masculinidad o feminidad. Este segundo polo suele ser el más netamente simbólico.

3. Estrategias interpretativas

En antropología se han planteado algunas estrategias interpretativas para el análisis de las narrativas de aflicción siguiendo los principios teóricos que hemos apuntado en el apartado anterior. A continuación, presentamos y debatimos algunas de ellas.

3.1. Las redes semánticas de malestar

Byron Good es un autor que formuló una aproximación a la enfermedad de tipo interpretativo a partir de la noción de «redes semánticas de malestar o enfermedad». Su objetivo era plantear una visión que huyese de las limitaciones biomédicas que, según él, reducen el nivel de significación a una función nominativa. Este autor se refería a esa concepción empirista que podemos retrotraer a los ensayos de filósofos como Locke y Bacon sobre el entendimiento humano, por la cual se cree en la posibilidad de un lenguaje científico como espejo de la naturaleza. Este planteamiento habría articulado el esquema de conocimiento médico durante siglos en la tradición occidental y tendría su plasmación contemporánea en la lógica positivista de la biomedicina.

Con el propósito de desarrollar un modelo del lenguaje médico alternativo, Good propone el concepto de *redes semánticas de enfermedad*. La idea es que una enfermedad no es solo un conjunto de signos y disfunciones biológicas, sino (Good, 1977, pág. 27):

«[...] más bien un “síndrome” de experiencias típicas, un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que se entienden como un conglomerado para los miembros de una sociedad. Tal síndrome no es meramente un reflejo de la relación de los síntomas con una realidad

natural, sino un conjunto de experiencias asociadas entre sí a partir de una red de significación y de interacción social».

En tanto que una enfermedad es también un conjunto de significados y de interacciones sociales, en ella se pueden encontrar símbolos dominantes que condensan una pluralidad de significados para los miembros de una sociedad dada. La red semántica es un instrumento hermenéutico alternativo, ya que permite explorar el territorio de la enfermedad en el contexto local y de la vida cotidiana. Así, frente a la insistencia biomédica en una lectura individualista de la enfermedad, Good está proponiendo una especie de macroscopio cultural por el cual se descubre en una categoría una nebulosa de significados que dibujan un contexto local de valores, formas de vida, relaciones sociales y representaciones.

El ejemplo etnográfico que utiliza Good para mostrar las potencialidades de su aproximación interpretativa es el *narahatiye qalb*, o mal de corazón; una categoría *folk* resultado de la influencia desigual de diferentes sistemas médicos, como el árabe-galénico, la biomedicina y la concepción autóctona de Maragheh, población de lengua turca de la provincia de Azerbaiyán del este, en el noroeste de Irán. Good detalla cómo casualmente empezó a ser consciente de la importancia que esta categoría tenía en la vida de esta población. Las mujeres, más que los varones, elaboraban quejas del tipo: «Galbim vurur» («Mi corazón está latiendo fuertemente»), «Galbim tittirir» («Mi corazón tiembla») o «Galbim narahatdi» («Mi corazón no está bien»).

Con el objeto de conocer el significado de esta enfermedad que se expresa a partir de un símbolo central como es el corazón, el etnógrafo llevó a cabo una encuesta en Maragheh y sus alrededores y halló una frecuencia de un 40 % de «mal de corazón», y

un perfil caracterizado por variables como ser mujer y tener entre 15 y 44 años. Pero lo que nos interesa aquí no es tanto el resultado estadístico de su estudio, como la información más cualitativa que nos ofrece. Bajo las quejas asociadas a «mal de corazón» aparecen cuatro emociones y sensaciones fundamentales: *qus* o pena, *quam* o tristeza, *fiker* o preocupación, y *xiyalet* o ansiedad. Todas ellas, además, especifican circunstancias personales y sociales, como el pesar y la tristeza debidos a la muerte de un familiar, la preocupación por la pobreza o la ansiedad inducida por los conflictos con la suegra, o por la falta de espacio físico en la vivienda.

Pero eso no es todo. Good descubre que el «mal de corazón» condensa aún más significados, como la creencia en los efectos perniciosos de la píldora contraceptiva, las palpitaciones, el frío, la falta de sangre o los nervios, entre otros. Toda una serie de símbolos, situaciones, aflicciones, enfermedades, acontecimientos y emociones que aparecen condensados en esa imagen pública, en esa representación colectiva que es *narabatiye qalb*.

En otro lugar (Martínez Hernáez, 2000) hemos apuntado que, si bien la propuesta de Good es interesante por abrir las puertas a un análisis cultural de la enfermedad dentro de la tradición interpretativa, desaprovecha, no obstante, algunas potencialidades. Nos referimos a que las formaciones simbólicas no son simples condensaciones, sino también unificaciones de sentidos polarizados en un polo sensorial o fisiológico, y otro ideológico. Un tipo de polarización que, de hecho, no es muy diferente a la que podemos encontrar en una enfermedad popular como *narabatiye qalb*, pues por el propio Good sabemos que esta aflicción puede condensar tanto sentidos que refieren a diversas sensaciones físicas, como las palpitaciones (polo sensorial), como normas de residencia posnupcial que generan conflictos con la suegra (polo social e ideológico). Es más, incluso podemos pensar que esta

polarización se constituye también como una estratificación de sentido donde el significado literal del malestar del corazón es, al polo sensorial, como el polo ideológico es al sentido tácito o simbólico de la enfermedad.

Desde el punto de vista de Good, mientras que el modelo clínico de corte biomédico supone la búsqueda de lesiones somáticas o psicofisiológicas, el enfoque interpretativo implica indagar en las construcciones de significados: «la realidad aflic-tiva del afectado» (1981). Si el primero procede clínicamente y con el refuerzo de pruebas orgánicas, el segundo descodifica las redes semánticas que aparecen involucradas en las enfermedades. Si el modelo biomédico explora dialécticamente las relaciones entre síntomas y trastornos somáticos, el interpretativo entiende las aflicciones como textos en su relación con las redes semán-ticas como contextos. En definitiva, si uno opera con el modo de conocimiento científico-natural y basado en la explicación (*Erklärung*), el otro se decanta por la comprensión (*Verstehen*).

3.2. Los modelos explicativos

Un planteamiento similar al de Good lo encontramos en los trabajos de Kleinman, que en la década de los ochenta sistematiza el concepto de *explanatory models* o modelos explicativos.³ En sus palabras (Kleinman, 1980, pág. 105):

«Los Modelos Explicativos (EM) son las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. La interacción entre

3. En adelante, EM.

los EM de los pacientes y los EM de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. El estudio de los EM de los profesionales nos habla de cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los EM de los pacientes y familiares expresa cómo ellos dotan de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran los diferentes tratamientos. La investigación de la interacción entre los EM de profesionales y pacientes nos permite un análisis de los problemas que aparecen en la comunicación clínica».

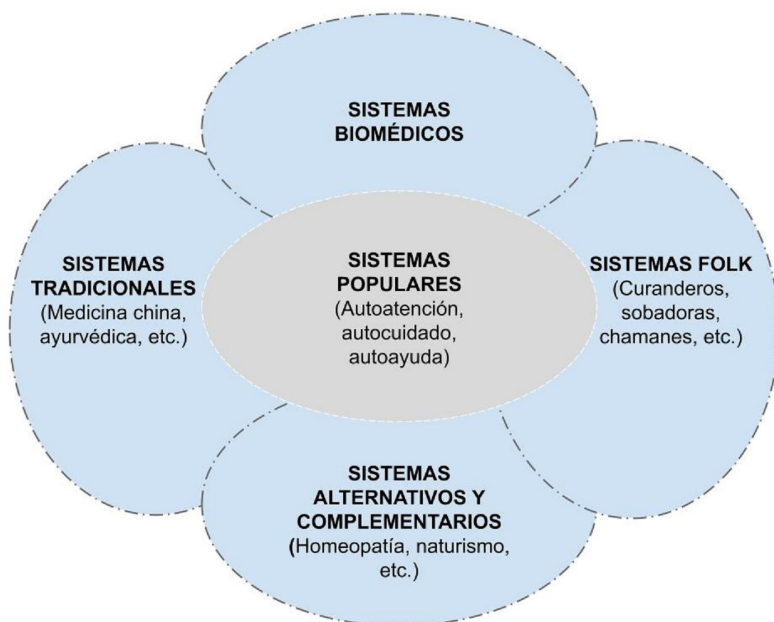
Como se podrá observar, en esta definición se incluyen no solo las nociones de pacientes y familiares, sino también las de los profesionales. El dominio cultural de los legos, profanos —o, si se prefiere, el universo *folk* o popular— aparece en un plano de paridad con las ciencias de la salud. Ahora bien, los EM de profesionales, familiares y pacientes no son nociones aisladas, sino que se inscriben en lo que Kleinman denomina un sistema de atención en salud (figura 3). Este sistema alude a la diversidad de prácticas médicas y curativas existentes que pueden cohabitar en un marco social determinado, y que establecen entre ellos relaciones de influencia mutua a partir de la praxis clínica.

Con intención de pragmatizar el análisis de las nociones de profesionales, familiares y pacientes, Kleinman plantea cinco posibles temáticas que pueden encerrar los EM: diagnóstico, etiología, sintomatología, fisiopatología, curso de la enfermedad y tratamiento. Sobre estas temáticas se pueden componer diferentes preguntas, del tipo:

- ¿Qué es lo que usted tiene, cuál es su problema? ¿Qué nombres tiene ese problema? ¿En qué se diferencian cada uno de esos nombres?
- ¿Por qué le ocurrió, cuál es la causa? ¿Existen otras causas?

- ¿Qué significa este problema para usted? ¿Cuáles son las complicaciones que se derivan de su problema?
- ¿Por qué se produce en usted ese problema? ¿Qué siente en su cuerpo?
- ¿Qué severidad tiene su problema? ¿Cuánto tiempo durará?
- ¿Qué piensa usted que le iría bien para resolver su problema? ¿Qué resultados espera de los tratamientos? ¿Lo trata usted mismo, cómo lo hace? ¿Qué otros tratamientos serían útiles según su punto de vista?⁴

Figura 3. El sistema de atención en salud



Fuente: elaboración propia

4. Es una adaptación de las preguntas originales de Kleinman. Para ver las originales, podéis consultar el trabajo citado de este autor.

En cualquier caso, y como se puede percibir, se trata de extraer del afectado un relato según su propio punto de vista sobre aquello que le ocurre. Son preguntas que se articulan a partir de la posición de no saber del entrevistador, y que pueden ampliarse con segundas y terceras preguntas, pues no estamos ante una escala psicológica, sino ante una entrevista abierta.

Kleinman nos dice que hay una construcción y modelación cultural que permite reconocer determinados estados, como enfermedad y otros, como normalidad. El problema es que no siempre coincide la construcción médica o biomédica de la enfermedad (*disease*) con su elaboración popular (*illness*). Así, es posible que exista una enfermedad (*disease*) sin aflicción (*illness*), como cuando un individuo evalúa sus signos y síntomas y los considera como insignificantes para el autodiagnóstico de enfermedad, o simplemente como realidades naturales normales que se imbrican con su vida cotidiana. También es posible lo contrario: que se produzcan situaciones de aflicción sin enfermedad porque, en esta ocasión, aquello que es traído a la conciencia como enfermedad en el universo popular no reviste condición patológica según los criterios médicos. Pero tanto si la enfermedad es reconocida como tal en un ámbito y no en el otro, como si coinciden los diferentes modelos explicativos en su reconocimiento, lo importante es que la enfermedad no es percibida como una realidad puramente biológica, sino como un producto cultural de un mundo local de significados.

El planteamiento de Kleinman permite, como en el caso de Good, el acceso al sentido que la enfermedad tiene para los propios afectados y no solo al sentido técnico-médico de los profesionales de la salud.

3.3. Otras estrategias interpretativas

Tanto las redes semánticas de enfermedad como los EM se pueden entender como estrategias complementarias para motivar y a la vez abordar las narrativas de aflicción, así como para ordenar los contenidos más destacados, ya sea de acuerdo con la idea de una red de significados con símbolos centrales o mediante la articulación de temáticas clave. Con todo, existen otras estrategias alternativas que oscilan desde la simple escucha atenta y registro de un relato de aflicción, al análisis formal que contabiliza el número de veces que determinadas voces son utilizadas por el narrador. También, desde una posición estructuralista, se pueden formalizar las oposiciones más destacadas que aparecen en un relato. Sin embargo, los modelos basados en la forma o en el análisis cuantitativo suelen desatender el contenido o, dicho en otros términos, la dimensión de «lo dicho», que es lo que resulta más importante desde una posición interpretativa. Como ha apuntado Kleinman, en el fondo lo que resulta fundamental en una narrativa es «lo que importa», «lo que está en juego» para el narrador de la historia. Y aquí no se trata de un «importar» banal, sino asociado al problema de un sufrimiento que está dificultando la existencia de los sujetos y amenazando su protección.

4. Narrativas y salud mental

En el campo de la salud mental nos encontramos diferentes tipos de relato de acuerdo con la experiencia subjetiva del afectado y su entorno cultural, pero también en relación con los problemas de comunicación, de cognición y emocionales derivados

del tipo de sufrimiento o trastorno mental que le afecta. Quizá la forma discursiva más compleja sea la que deviene del campo de la psicosis en los momentos en los que está presente una ideación delirante. En estos casos, se puede requerir un esfuerzo suplementario de tipo interpretativo, pues el narrador puede expresar con términos y argumentos idiosincráticos un estado de aflicción.

Con ello no queremos decir que entre los afectados por un trastorno psicótico el tipo de discursividad sea siempre idiosincrático y bizarro, pues esto no es así en la mayoría de las ocasiones. Tampoco estamos de acuerdo en que el llamado discurso esquizofrénico esté carente de sentido porque está articulado por el error, tal como argumentó Kraepelin y como algunos de los seguidores de la psiquiatría más biomédica continúan apuntando. Incluso en los relatos más complejos, como aquellos narrados por personas afectadas por una enfermedad neurodegenerativa, podemos encontrar siempre una acción e intencionalidad comunicativa, y una dimensión de significado, aunque la producción de este se vea alterada por disfunciones neurológicas. A continuación vamos a mostrar algunas características del relato en la psicosis.

4.1. El relato en la psicosis

Comencemos con un ejemplo

Estamos en un centro de rehabilitación psicosocial conversando con dos usuarios. A nuestra izquierda está J. M. y a nuestra derecha M. G. El primero empieza a hablar sobre la relación entre la humanidad y la naturaleza. Toma dos lápices: «esta es la humanidad», «esta es la naturaleza», que dispone sobre la mesa como dos líneas paralelas. «Antes es-

taban juntas –comenta– pero ahora están separadas». Algo tendrá que producirse según J. M. para que «el hombre vuelva a la naturaleza» y para «la pervivencia de la especie humana». Expresa sus ideas con convicción y certidumbre. Ante nuestras preguntas continúa explicándose:

«J. M.: Tú crees en lo tangible, como este diario es tangible, pero tienes que creer en algo más. Figúrate que esto que te he dicho me lo ha dicho una persona x. Él lo ha constatado y visto y me lo ha dicho: que el Hombre tiene que dejar de pensar para volver a la Naturaleza. Tiene que ser como antes; no pensar; no crear armamentos, ni cosas químicas. Tiene que dejar de pensar para retornar a la naturaleza [...].

[Salimos al jardín]

La Naturaleza siente, ¿has visto alguna vez cómo llora un cerezo? Se nota cuando está triste. Mira esa planta –me señala un arbusto–, esta planta está alegre –coge sus hojas– porque le da el viento.

Etnógrafo: ¿Y cuándo está triste?

J. M.: Está triste cuando se le corta un trozo como este –me indica una señal que delata la anterior presencia de una rama–. ¿Ves este agujero? Es un grito. Vosotros veis las plantas como si no sintieran, y las plantas sienten, ¿es que no te han enseñado a leer en las plantas? ¡Las plantas sienten como nosotros!

Etnógrafo: ¿Como nosotros?

J. M.: Quieren sentir como nosotros.

E.: ¿Cómo lo sabes?

J. M.: Me lo han dicho.

E.: ¿Quién?

J. M.: No puedo decírtelo, pero es como si le preguntaras a él, pregúntame a mí.

E.: ¿Es una persona quien te lo ha dicho?

J. M.: Es un hombre.

E.: Si es un hombre, ¿cómo lo puede saber?

J. M.: Lo puede saber como lo sé yo –se enfada–. Mira, a ti siempre te han dicho que hay un sol –dibuja un sol–. También te han dicho que la tierra es redonda, y no es redonda, es ovalada. Y antes era así –dibuja una forma redondeada e informe con una parte negra y otra blanca–. Y ahora solo queda esto –la parte negra–.

E.: ¿Cómo lo sabes?

J. M.: Me lo han dicho.

E.: Arguéntamelo, razónamelo, si no, no puedo creerlo.

J. M.: No es la razón. No es una lógica. Es cíclico. Es un ciclo que no tiene lógica.

E.: Pero ¿sigue un proceso?

J. M.: Sí, pero cíclico. No es lo tangible.

E.: Entonces ¿qué es?, ¿es como un sueño, un poema...?

J. M.: El sueño también es una realidad. Cuando sueñas estás resolviendo problemas de tu inconsciente. Estás trabajando. A ti te han enseñado que la tierra es redonda, pero es así —divide el círculo por la mitad con una raya—.

E.: ¿Está dividida?

J. M.: Sí

E.: ¿Por qué?

J. M.: Porque es así, está dividida por la guerra de satélites y meteoritos, las guerras y el armamento. Mira ¿ves esta raya? —dibuja una raya—, a ti siempre te han dicho que está al lado del sol —dibuja un sol al lado de la línea recta—, pero está al lado del mar —dibuja una raya al lado del mar—.

E.: ¿Qué es esa raya?

J. M.: Es la vida. La vida es esta raya.

[De repente, entra M. G. en escena]

M. G.: Eso te lo crees tú, tú lo tienes en la cabeza y te crees que es verdad, pero es una imagen que sale de aquí —señala su cabeza—.

J. M.: Es así, ¡es así! —grita—. Me lo han dicho. Vosotros no sabéis quién soy yo. Yo tengo poderes especiales.

En el discurso de J. M. no todo es deformación. Cuando nos habla de la carrera armamentística, de cómo el «Hombre» se ha separado de la «Naturaleza», de que la tierra es ovalada o que las plantas sienten, su discurso es coherente. Sin embargo, hay una excesiva certeza en sus planteamientos que, además, se respalda en un supuesto «otro» que le dice cómo son verdaderamente las cosas o cómo han acontecido. Un otro incomprensible para el intérprete y que en algunas ocasiones reconoció que le hablaba a distancia, y que le enviaba mensajes que él podía escuchar con sus «poderes especiales». Y es precisamente esta irreductibilidad de que su saber es especial, es esta convicción en la manera de defender unos argumentos que se contradicen con los del contexto de convenciones significativas en el que J. M. se encuentra, aquello que hace su discurso más impenetrable a una interpretación etnográfica.

Parece, ciertamente, que J. M. hable en un código diferente al convencional, o que ese otro código se precipite en él hasta hacerle hablar de determinada manera. Pero ese código, si lo hay, es idiosincrásico. El segundo informante introduce hábilmente esta posibilidad cuando dice en tono crítico: «Eso te lo crees tú, tú lo tienes en la cabeza y te crees que es verdad, pero es una imagen que sale de aquí [señala su cabeza]». Ante esto, J. M. se muestra irascible y dice que las cosas son como él indica y que sus interlocutores desconocen sus facultades y poderes. Y en esa posición que él llena de certezas, poderes misteriosos y posiciones irreductibles es donde, curiosamente, la posible intencionalidad parece desaparecer para dejar en su lugar una confusión que parece más un tic que un guiño. Un tic en su sentido más ambiguo, ya que sobreviene al sujeto que enuncia en el propio espacio de la enunciación.

Con todo, podemos plantear que en J. M. se desvela también coherencia; una forma discursiva que es accesible en algunos territorios a una interpretación o a su textualización como una narración. Hay cierta posibilidad de una experiencia próxima o de captación del punto de vista nativo por parte del intérprete. Su cosmogonía particular es también una fórmula metafórica que quizá está hablando de otras cosas sin nombrarlas. Podríamos imaginar, por ejemplo, que cuando habla de la crisis armamentística se está refiriendo a él mismo o que salvar el planeta es curarse. Sin embargo, lo más importante en este caso es la necesidad de comunicar y dar significado a «lo que ocurre», a lo que está aconteciendo en su sufrimiento.

Pensar el relato de J. M. como una narrativa enferma, tal como se hace desde las opciones patologizantes, y desatender su capacidad para ubicarlo en el mundo social es hacer un flaco favor a sus necesidades. En última instancia, ¿qué importa la extrañeza de su relato o sus certezas? Y esto no significa negar la existencia de una enfermedad o la utilidad de los tratamientos psicofarmacológicos o psicoterápicos, sino asumir que la narrativa es también la posibilidad de un vínculo y de reconocimiento del otro como sujeto y que, en esta medida, debe ser considerada.

Veamos otro caso, esta vez de F., quien, cuando conversamos con él, nos explica las razones de su malestar y rememora sus momentos de crisis:

Cuando me entra el *jamacuco* es terrible. Me pongo muy nervioso por la medicación, que no me deja ser creativo. Es una situación de nervios muy fuerte, porque siendo pintor a lo mejor ves una cosa y ves dos, tres o cuatro y las trabajas a medida que te piden interés. Yo voy trabajando a medida que me piden interés, que me piden su interés.

Es la percepción artística de las cosas que te impide a veces hacer la vida práctica.

¡Eh! Lo mío es una cuestión de orden social, indiscutiblemente de orden social y particular. Es un problema de marginación y la medicación no ayuda para nada. La única manera es hablarlo, poner las cosas sobre la mesa y hablar.

Yo tuve un *jamacuco*, una crisis de la que me estoy curando, por no ponerle una etiqueta como esquizofrenia o algo por el estilo. Mi compañera me dejó y yo comencé a beber mucho. Un litro de vino al día más las cervezas que me bebía por los bares. Empecé a oír voces y pensaba que todos me miraban. El cuerpo se ralentizaba. Oía a los niños [de unos vecinos] que me decían cosas como «¿Quieres un poco de café?» o «Cuéntanos un cuento», y yo les contaba un cuento y a la vez iba dibujando cosas según me iban saliendo. Yo estaba llevando unos estudios de ciencia, y tenía mis cálculos y mis conceptos guardados en un armario. Me daba miedo de que viniera alguien de fuera y me quitara estas cosas para usarlas, ¿no? Copiarme o algo así. Estas cosas eran muy importantes porque eran las líneas de mi proceso creativo. Eran las líneas que yo quería llevar como dirección de mi proceso creativo o artístico. Me sabe mal hablar de esto, ¡eh! [...]. Bueno, te lo explicaré como pueda porque es la primera vez que hablo de esto. Es el punto más vulnerable de mi capacidad de entender las cosas.

Pues mira, en definitiva, yo había tratado de emular lo que era un matemático y un físico a la vez. Después vi que estudiando ciencia podía ver a través de la estructura molecular de las neuronas o de cualquier otro aspecto que pudiera estudiar. Tenían una forma concreta y yo utilizaba estas formas para hacer arte. Igual que una forma matemática podía derivar en signos determinados o un experimento científico

podía tener una imagen especial. Pues yo lo utilizaba para crear formas simbólicas como, por ejemplo, pues no sé, una copa invertida. Detalles muy sutiles pero que hablan, por ejemplo, de cosas activas en la ciencia. Estaba interesado en relacionar la ciencia con el arte. La ciencia, porque los artistas emulamos lo que querríamos que fuera la ciencia y la ciencia después va a caballo de lo que se ha querido expresar con el arte. Imagina a Leonardo o a tantos y tantos pintores que a lo mejor han dado respuestas a la era posindustrial, que han tratado de conocer ciencia para hacer viables a través de obras de arte toda una serie de conceptos que son abstractos y que la gente no entiende. Pero en cambio, a través de la pintura, el cubismo, por ejemplo, fue una expresión de la geometría espacial que ya empezaba a dar bastante de sí o la espectometría que utilizó Dalí. Yo creo que la ciencia debería supeditarse al arte, al espíritu creativo, y ahora la ciencia trata de funcionar sola, sin el arte, y esto causa daño a la gente. Los científicos no son creativos.

Todas estas cosas las han trabajado artistas y por eso yo estaba involucrado en este sentido. Me gustaba ser creativo y me gustaba la cosa de que fuera así. Que fuera una cosa que no fuera pública porque soy muy tímido. Y mira, eso es lo que quería relacionar la ciencia y el arte. Yo sé que estaba un poco pirado (*pirat*) pero bueno, eso ya pasó. Fue una crisis, pero esto no impide que yo pueda seguir con mi proceso creativo, aunque con un poco más de sentido común (*seny*). Ahora el problema no es que esté pirado. El problema es la medicación. Es una porquería porque me provoca muchos nervios. No puedo pensar ni hacer nada. Mi problema ahora es este. La tensión que me produce estancar mi proceso creativo. Creo que hay cosas interesantes en la ciencia que puedo recoger para el arte, aunque solo sea en lo referente a imágenes y formas. Pero los nervios no me dejan. Mira, empieza poco a poco sin darme cuenta, y después me pega una bajada, me entra el *jamacuco*

y no puedo hacer nada en todo el día, tío. No puedo seguir mi proceso creativo. ¿No me podrías dar algo más flojo?

En esta ocasión se trata de una narrativa donde F., además de explicar su experiencia de crisis, nos introduce en un proceso negociador para que se reduzca la medicación. Hay varias categorías que llaman la atención aquí, como la ya citada de «nervios», que apela al malestar producido por los síntomas secundarios de los antipsicóticos, pero también a su intento de relegitimación como actor social frente a nociones estigmatizadoras como «esquizofrenia» o «locura», que lo ubican en una posición débil a la hora de negociar el tratamiento. El estigma, sus deseos de pintar, sus concepciones sobre la ciencia, su perspicacia para que no robasen sus ideas, sus sensaciones corporales durante la crisis son motivos que componen un relato de aflicción. Atender a ese relato como forma de comunicación de F. es una opción que por lo menos ofrece la dimensión del vínculo con un otro, sea terapeuta, educador o lego. Por el contrario, desatender su relato solo puede llevar a la incomunicación de F., a su desconfianza respecto a los profesionales y los sistemas expertos, tal como ya aparece en el contenido de su narración.

Escuchar en sí mismo ya es una forma de ayudar a producir bienestar, a crear lazos sociales, a normalizar los problemas derivados del sufrimiento de la psicosis y su fenomenología, a evitar estigmatizar sus discursos como relatos enfermos carentes de razón y verdad.

Escuchar es hacer que el sujeto narrador deje de ser un sujeto-para-sí, ensimismado, para convertirse en un sujeto vinculado al mundo social. Escuchar es también un ejercicio de producción de salud mental y de ciudadanía.

4.2. Narrativas colonizadas

A diferencia del relato en la psicosis, las narrativas de las personas afectadas por un trastorno del espectro neurótico no suelen mostrar fórmulas tan idiosincrásicas, sino más bien sujeción a los códigos colectivos establecidos. Esto es así hasta el punto de que, a menudo, se convierten en narrativas colonizadas por modelos culturales o por procesos sociales, como la medicalización de la aflicción. Veamos un ejemplo:

Me llamo K. y vivo en una ciudad cercana a Barcelona. Hace tres años que empecé a sentirme mal. Consulté a un par de psiquiatras porque tengo un amigo en la misma situación que me lo aconsejó. Los dos me dijeron que tengo una depresión. La depresión es una enfermedad terrible. A mí me costaba levantarme por la mañana. Siempre estaba cansado, sin energía. Dormía mal. A veces me pasaba la noche despierto y luego por la mañana, claro, estaba agotado. El Seroxat me ha ido muy bien. Me siento más alegre. Veo la vida con optimismo, incluso tengo ganas de buscar trabajo. Al principio tomé Prozac, pero no me acababa de gustar, sobre todo por la sexualidad. Mi psiquiatra (el segundo psiquiatra) me dijo que el Prozac tiene efectos secundarios, baja la libido. En cambio el Seroxat me va bien.

[Después de un tiempo de conversación]

Es muy duro acabar una carrera y verse sin trabajo, y eso es lo que me pasó. Trabajé en varias ETT [empresas de trabajo temporal] y ya no podía más. Cuando estudiaba en la Facultad [derecho] me veía triunfando en la vida. Yo sería un abogado conocido, de prestigio, trabajaría duro, me ganaría las cosas a pulso, pero triunfaría. Al salir de la Facultad y ver el panorama me desilusioné, me desmotivé mucho.

Estuve trabajando con contratos temporales en algunas empresas, pero siempre sin continuidad. Te contratan por un salario miserable, te chupan la sangre y el entusiasmo, y luego puerta. «Ya conocía usted las condiciones de este trabajo». Y, joder, claro que las conocías, pero uno siempre espera que las cosas se correspondan con el esfuerzo.

Lo primero que haces cuando te has quedado en la calle es sentirte culpable. Debes ser una mierda para que te hayan echado. Te culpabilizas y eso no te deja dormir, ni vivir, ni hacer nada. Te deja apático. Mi psiquiatra me dice que tengo que saber afrontar la vida y que Seroxat me va bien para cambiar mi percepción de las cosas, ser más optimista. Y ahora lo soy. Estoy pensando en montar con un amigo una pequeña empresa, una consultoría para empresas. Algo de pequeña escala. Luego ya veremos, según vaya todo.

En el relato de K. aparecen dos momentos diferenciados, marcados por una inclusión entre corchetes. Se ha hecho así para destacar una ruptura narrativa. En la primera parte de la narración, K. expresa sus malestares a partir de ideas y conceptos que no provienen tanto de su mundo profano como de la atención en salud mental. La forma somera de describir los malestares como síntomas o la digresión sobre los fármacos más eficaces para la depresión hacen que pensemos en el impacto que en su imaginario tienen los modelos explicativos profesionales. Se trata de un relato colonizado que ha asumido como propias referencias que provienen de discursos hegemónicos como el psiquiátrico. Sin embargo, después de insistir con nuestras preguntas en las razones de su aflicción, K. crea una inflexión en el relato. Ahora lo que le ocurre ya no depende de su interior exclusivamente, de las alteraciones de los neurotransmisores o de sus problemas somáticos y psicológicos, sino de la dificultad de adaptación a un mundo laboral.

Las rupturas narrativas, así como la inclusión de influencias derivadas de los sistemas expertos son frecuentes, principalmente, en los relatos legos o profanos. La razón de ello es que los modelos narrativos sobre la enfermedad y la aflicción no están formalizados y adquieren, así, una especial porosidad para incluir motivos diversos. Se trata de narrativas que son más susceptibles a la influencia de la hegemonía tal como la describía Gramsci, o la capacidad para que los intereses de los grupos hegemónicos filtren en las capas subalternas hasta el punto de que estas se identifiquen con los intereses y los valores hegemónicos.

4.3. Función de las narrativas en salud mental

En el campo de la salud mental, favorecer que los afectados construyan sus narrativas tiene utilidad para:

- *Establecer vínculos con el mundo social.* En la medida en que los sujetos afectados por sufrimiento mental han padecido en muchas ocasiones una ruptura de sus lazos sociales, la elaboración narrativa permite reconstruir la percepción de los vínculos perdidos o dañados, y ayudar a recuperarlos en el campo de las relaciones o a crear otros nuevos.
- *Normalizar estados de sufrimiento difíciles de transmitir por la carga estigmatizante asociada.* En este caso es importante anotar que la estigmatización genera ostracismo entre los afectados y que ofrecer una narrativa como relato de lo acontecido permite diluir los procesos de etiquetamiento social. Pensemos que los prejuicios casi siempre están desargumentados y no centrados en personas concretas, sino en categorías arbitrarias y abstractas (loco, esquizofrénico, etc.). Narrar la propia

historia es ser Pedro o María en lugar de un esquizofrénico, por ejemplo.

- *Facilitar ventanas de salud en un contexto propicio a la digresión del pensamiento y a la inestabilidad emocional.* El lenguaje permite dotar de sentido a lo ocurrido, así como la posibilidad de darle nuevas significaciones. Es útil también para la creación y recreación de la identidad social, para «ser alguien».
- *Fomentar la autocrítica y la autorreflexión.* En la medida en que la narración siempre supone la posibilidad de un «otro» intérprete, construir el relato obliga a argumentar, interpretar, describir y, por tanto, al desarrollo de la capacidad autocrítica y autorreflexiva.
- *Fomentar el análisis crítico de las circunstancias asociadas con sus aflicciones.* En este caso, se trata de que puedan introducir el contexto social como dimensión relevante para entender sus aflicciones. Esto es especialmente importante en casos como el del señor K. anteriormente apuntado.
- *Empoderar a los afectados como sujetos activos.* Dar la palabra siempre es una forma de empoderar, por el reconocimiento de los individuos como sujetos de discurso, con capacidad para dialogar, criticar, comentar y defender sus propias ideas, así como transmitirlos a un público más amplio.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bury, M. (2001). Narratives of illness: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23(3), 263-285.
- Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.
- Geertz, C. (1983). *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. Nueva York: Basic Books.
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Good, B. (1977). The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 25-58.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Lewis Henry Morgan Lectures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. M. (1988). *The Illness Narratives*. Nueva York: Basic Books.
- Kleinman, A. M. (1995). *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press.
- Martínez Hernáez, A. (2000). *What's Behind the Symptom?* Nueva York: Harwood Academic Publishers.
- Martínez Hernáez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez Hernáez, A. (2019). *Síntomas y pequeños mundos*. Barcelona: Anthropos / Siglo XXI.
- Parsons, C. D., y Wakeley, P. (1991). Idioms of Distress: Somatic Responses to Distress in Everyday Life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(1), 111-132.
- Peirce, C. S. (1966). *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce (C. P.)* (vol. 1-2). Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.

- Ricoeur, P. (1969). *Le conflit des interpretations: essais d'herméneutique*. París: Éditions du Seuil.
- Turner, V. (1980). *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.
- Weber, M. (1987). *Economía y sociedad*. México: FCE.

ASUN PIÉ BALAGUER (COORD.)
MARTÍN CORREA-URQUIZA
ÁNGEL MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

PEDAGOGÍAS CONTEMPORÁNEAS

SOLTAR AMARRAS

UNA INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL COLECTIVA

Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva presenta la experiencia del sufrimiento mental como un fenómeno multidimensional que exige, a su vez, una tarea de complementariedad entre disciplinas, una apertura en los marcos conceptuales de referencia y una tendencia al ejercicio hermenéutico permanente. Por ello, analiza los orígenes epistemológicos de lo que llamamos *salud mental colectiva*, sus prácticas y sus aplicaciones posibles. A tres voces, el libro permite adquirir ideas, miradas y herramientas inéditas para pensar y gestionar el fenómeno del sufrimiento mental en nuestras sociedades contemporáneas.

Con este libro aprenderás sobre:

✓ salud mental; ✓ salud mental colectiva; ✓ salud mental comunitaria;
✓ sufrimiento mental; ✓ psicopatología; ✓ psicoterapéutico; ✓ trabajo social y salud mental; ✓ educación social y salud mental; ✓ acción social; ✓ pedagogía crítica; ✓ pedagogía social; ✓ acompañamiento social; ✓ antropología médica



EDITORIAL UOC