

# **Decolonialidad y salud mental. Perspectivas de un diálogo.**

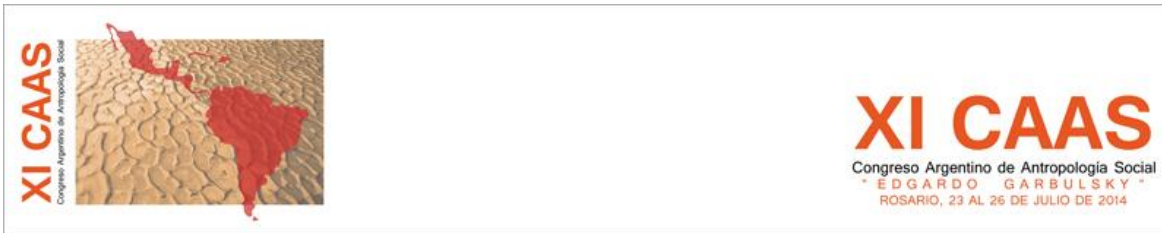
Barukel, Agustina.

Cita:

Barukel, Agustina (2014). *Decolonialidad y salud mental. Perspectivas de un diálogo*. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/802>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evz7/7Bv>



## **XI Congreso Argentino de Antropología Social**

**Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014**

### **GRUPO DE TRABAJO**

1

GT 38 "Antropología y salud mental frente a escenarios en transformación"

### **TÍTULO DE TRABAJO**

Decolonialidad y salud mental. Perspectivas de un diálogo

**Nombre y apellido. Institución de pertenencia.**

Agustina Barukel. Facultad de Ciencia Política y RRII. Universidad Nacional de Rosario.

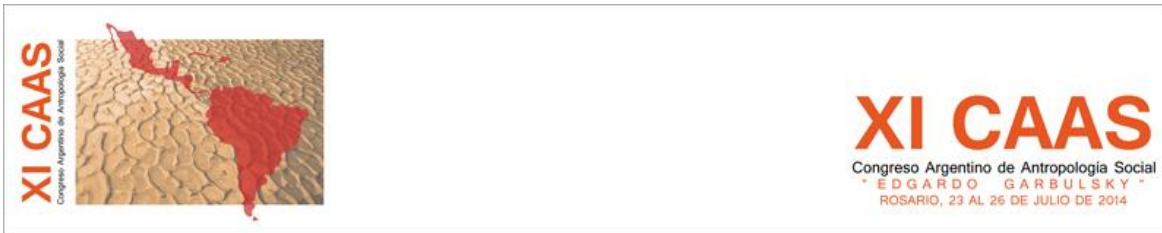


Los aportes de las lecturas decoloniales al campo de las ciencias sociales han sido fundamentales en la renovación de los debates y apuestas políticas que se construyen en experiencias políticas actuales en América Latina. Se trata de esfuerzos, de profundo anclaje epistémico, por desnaturalizar la raigambre de los discursos sobre los que se posa la dominación -de clase, de raza, de género –en el llamado “tercer mundo” y que hacen de “Occidente” lo único existente. Esfuerzos que, en su confluencia, coadyuvan a la búsqueda del sujeto, los sujetos *subalternos*, intentan caracterizar lo particular –y lo universalizable- de sus luchas, de sus procesos de identificación, en pos de la construcción de alternativas políticas disruptivas, con un horizonte emancipatorio.

2

Si la Teoría de la Dependencia llevó adelante la empresa de *historizar* las raíces del subdesarrollo y el “atraso” del “Tercer Mundo”, y buscaba en las características del desarrollo capitalista los fundamentos prácticos de aquel, las lecturas decoloniales harán foco en sus análisis en esferas de la experiencia social antes consideradas secundarias o efectos de una “estructura”, pero que –a partir justamente de los aportes de estas teorías- se encuentran en la base de tal desarrollo, que lo complementan, lo refuerzan, lo hacen posible, necesario, útil, y pretendidamente *único*. Se construye así una teoría crítica no obligatoriamente inscripta en los parámetros analíticos del marxismo, con un compromiso por develar las bases de la dominación y la explotación de lo que se considera, de la mano de la ciencia occidental moderna, *los pueblos más atrasados del mundo*.

A partir de esa lectura, nos proponemos poner en debate algunos señalamientos de orden epistemológico desde la perspectiva del pensamiento decolonial para medir sus alcances y aportes en los actuales dilemas en salud mental. En los últimos años se

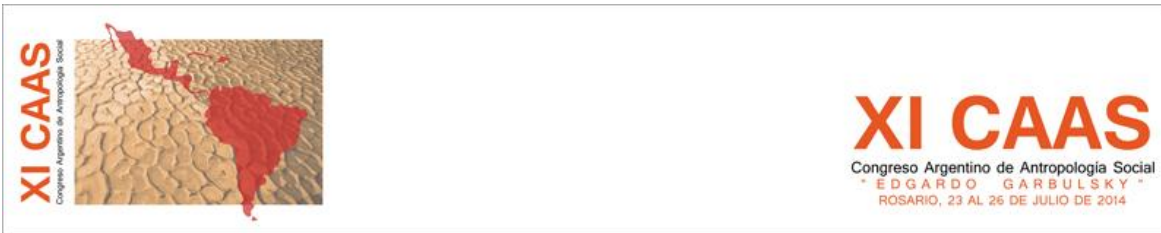


han dado pasos importantes en el campo de salud mental en Argentina, a partir de una normativa nacional, un Plan Nacional y una serie de propuestas de política para transformar el campo de prácticas en el abordaje del padecimiento subjetivo.

El campo de salud mental presenta diversidad de dispositivos de dominación/explotación que encuentran sustento en discursos donde la relación saber-poder cristaliza con una potencia sobre la vida –y la muerte, claro-, produciendo efectos similares, por ejemplo, al del proceso de racialización de América pos “descubrimiento” (Grüner, 2010; Quijano, 2000). La normalidad/anormalidad como criterio de clasificación, que responde a una racionalidad específica, es pasible de ser analizada como un par dual propio de la episteme occidental, que opera con tremenda eficacia en el terreno práctico de la vida de las personas que padecen sufrimiento mental, y de las que no también.

3

Siempre existe el riesgo de caer en estiramientos conceptuales, análisis en espejo o, bajo la utilización del disfraz de la “interdisciplina” usar palabras de un cuerpo teórico para decir, desde nuestra óptica, aquello que ya sabíamos de un objeto preconstituido. Por eso, y para que nuestro esfuerzo no termine como compendio de supuestas “equivalencias” entre los problemas más clásicamente pensados por las corrientes decoloniales y nuestras preocupaciones, vale advertir desde el inicio que el planteo rondará la pregunta de cuán fructífero sería pensar las actuales problematizaciones en salud mental en una clave similar a lo que ha venido produciendo el pensamiento decolonial. Partimos para eso de la insistente preocupación de estas lecturas por los mecanismos que van instituyéndose a lo largo de la historia en la configuración de relaciones de dominación/explotación a escala mundial. Lo hacemos desde una posición ética de *tomar partido por las víctimas* (Grüner, 2010: 23), atado a la necesidad de –sin caer en los extremos de victimizar ni romantizar- comprometerse en la tarea colectiva de construcción de nuevos sujetos políticos.



Así planteadas las cosas, enmarcamos nuestro propósito en lo que, primero Gramsci y -más tarde y a través de él- Aricó o Sousa Santos han pensado como *tarea de traducción* de conceptos y experiencias. Para luego delinear que ese trabajo puede posibilitar *zonas de contacto* (Sousa Santos, 2009) entre los problemas abordados por las lecturas decoloniales y algunos dilemas en salud mental. Dichas zonas podrían establecerse en dos puntos, encadenado uno al otro: por un lado, el de la problemática en torno a los discursos de legitimación, los que organizan a las instituciones dominantes para naturalizar la opresión. Hablamos aquí de la perspectiva eurocéntrica de conocimiento, y sus efectos. Y por otro, el de la problemática en torno a los sujetos víctimas de esa opresión. Con ello nos referimos a la tarea de constituir nuevos sujetos políticos universales, portadores de una nueva episteme, como condición sine qua non para llevar adelante transformaciones, y eso cuenta para los actuales desafíos en salud mental como para otras arenas del conflicto social.

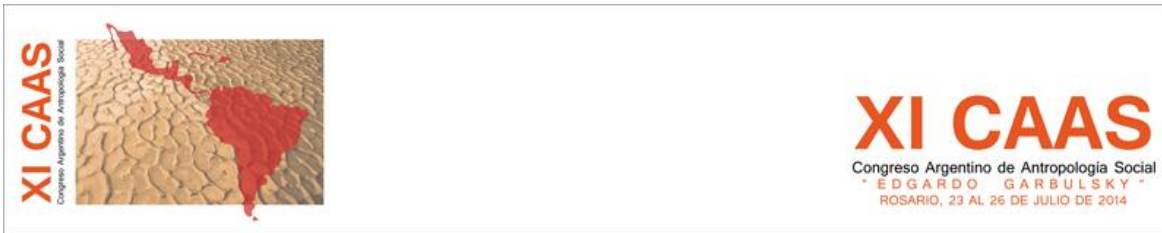
---

4

### 1. *Colonialismo, racismo, capitalismo, patriarcado... ¿normalismo?*

*Una tarea de traducción de conceptos y experiencias.*

Adoptamos la denominación “pensamiento decolonial” o “enfoque decolonial” de Castro Gómez y Grosfoguel en “*El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*”. Allí refieren a una serie de grupos de investigación y proyectos teórico-prácticos radicados en universidades norteamericanas y latinoamericanas, que nuclea intelectuales e investigadores en su mayoría de nuestro continente. Grupos no enteramente homogéneos, pero que sí comparten algunos puntos de partida: adoptan las categorías *decolonial* (diferente de *poscolonial*) y *colonialidad* (diferente de *colonialismo*), para reflexionar en torno a los caracteres que han ido adquiriendo en la historia las relaciones (de explotación, de dominación) centro-



periferia, que estructuran el capitalismo global desde la etapa del colonialismo, y experimentan transformaciones que llegan a la actualidad, necesarias de ser pensadas históricamente.

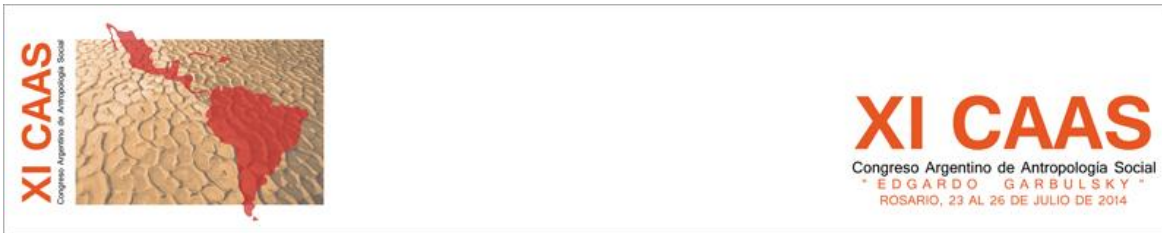
De manera no armónica, el pensamiento decolonial se alimenta de fuentes como la Teoría de la Dependencia, los estudios poscoloniales anglosajones, la Teoría Crítica y, por supuesto, el marxismo (Castro Gómez y Grosfoguel, 2007). Pero más que marcar sus alejamientos, nos interesa aquí señalar que se nutre de ellas y elabora nuevas explicaciones para el encadenamiento de las estructuras de dominación que por siglos han ido tomando forma en el *Sur*: colonialismo, racismo, capitalismo, patriarcado, desplegadas por una modernidad vuelta omnipresente y unívoca. Es importante aclarar que cuando decimos “Sur” adoptamos el sentido metafórico que le otorga Boaventura de Sousa Santos<sup>1</sup>. Este no refiere estrictamente a un significado geográfico, o incluso geopolítico –aunque éstos operan con peso en las argumentaciones de los enfoques decoloniales-, sino también “[al] Sur como una metáfora del sufrimiento humano causado por el capitalismo (...)” (Sousa Santo,: 2009: 339). Y, agregamos, por esas otras estructuras de dominación mencionadas y sus correspondientes tecnologías de poder, presentes a escala mundial.<sup>2</sup>

5

---

<sup>1</sup> Vale decir, aunque escapa por mucho los objetivos del presente trabajo, que Sousa Santos sostiene varias líneas de debate con los principales exponentes de lo que aquí se denomina enfoques decoloniales, especialmente con Walter Mignolo o Enrique Dussel. Pero de todas formas, a lo largo de nuestro análisis retornaremos a varias propuestas que presenta en *Una epistemología del Sur*, un compendio de categorías posibles para llevar adelante la empresa epistémica propuesta por estas miradas y abordajes teóricos. VER Boaventura de Sousa Santos *Una epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. México, Siglo XXI, CLACSO, 2009.

<sup>2</sup> Adoptar esa postura nos permite, a la vez que pensar el diálogo con los grupos de investigación decoloniales, reflexionar a la luz de las experiencias de resistencia a esas formas de explotación, y los saberes que se producen en el seno de las mismas: movimientos sociales, campesinos, de mujeres, de pueblos originarios. Ver Alonso y Díaz (2012).

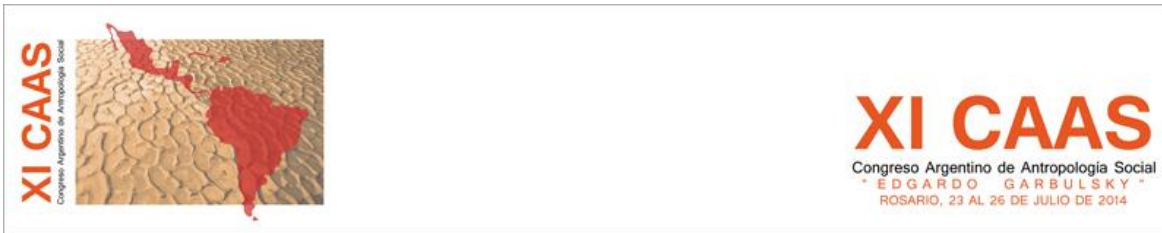


Uno de los puntos fundamentales de esta perspectiva está en señalar las *continuidades históricas entre el tiempo colonial* y los -desde esta visión, mal llamados- *tiempos pos-coloniales*. Y en segundo lugar, coinciden en que “las relaciones coloniales de poder no se limitan al dominio económico-político y jurídico-administrativo de los centros sobre las periferias, sino que poseen una *dimensión epistémica*, es decir, cultural” (Castro Gómez y Grosfoguel, 2007: 19. Subrayado en el original).

Un propósito de historizar las relaciones sociales presentadas como naturales, y un énfasis en los aspectos “culturales epistémicos” de la dominación han sido los canales a partir de los cuales estudiar el encadenamiento entre colonialismo, capitalismo, racismo, patriarcado. ¿Y qué si a la cadena le pudiéramos agregar un eslabón? Pues pensamos, a la manera en que los feminismos han pensado la dominación patriarcal y sus ramificaciones, si el problema de “la locura” no tiene también fundamentos explicativos en su relación con la consolidación del sistema capitalista y la lógica productivista, o con la naturalización de una episteme sobre “lo normal”. Si el elemento de lo anormal, del “desquicio”, no sirvió además para fundamentar posturas y dispositivos raciales de exterminio. Si existe algo de todo eso, ¿cuáles serían las condiciones para un intercambio que renueve las preocupaciones, a un lado y otro del planteo? ¿Qué de todo lo desarrollado por los pensamientos que buscan alternativas a la explotación capitalista, qué del repertorio de luchas contra la discriminación racial, contra el machismo y la violencia patriarcal podría alimentar los desafíos en salud mental? ¿Abonaría eso a una práctica que trastoque la pretendida “naturaleza de la anormalidad” y atenúe el sufrimiento subjetivo sin reprimirlo, ocultarlo, castigarlo? Como creemos que sí, es que nos damos a la tarea de traducción entre estas experiencias.

Dice Aricó que, en sentido gramsciano, “traducibilidad” de los lenguajes “refiere a la posibilidad de algunos experimentos históricos, políticos y sociales, de encontrar una equivalencia en otras realidades” (Aricó, 2005: 114). El mismo Gramsci advertía, en el





pasaje que le dedica al asunto en los *Cuadernos*, que la traducibilidad entre experiencias no puede ser perfecta, en el sentido de idéntica y posible de ser repetida igual en todas sus particularidades. Pero sí puede haber un *fondo esencial* que pueda ponerse en común. (Gramsci, 2003: 74). Cuando Boaventura plantea la tarea de traducción como un esfuerzo que merece ser llevado adelante, bien advierte que ella contiene tanto el tipo de relación a buscar entre las experiencias, como aquello de lo que cada una se guarda para sí, más allá de dicha relación. Por lo que, poner a dialogar, buscando sus aspectos traducibles, al pensamiento decolonial con la problemática de la salud mental implica explotar al máximo sus puntos de encuentro, sin perder de vista sus especificidades.

7

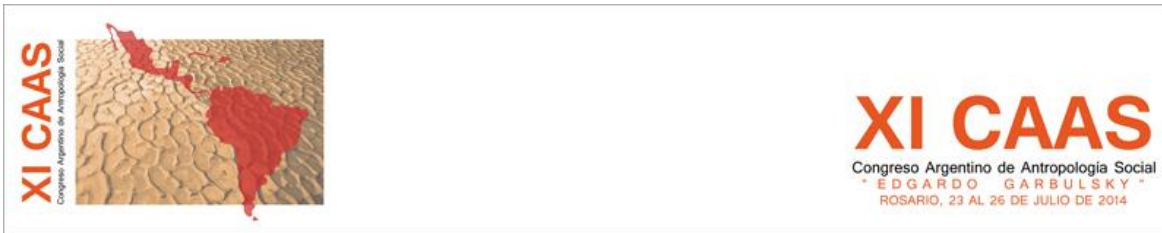
Para hallar una *zona de contacto*<sup>3</sup> que posibilite la tarea de traducción, es necesario *nombrar y delimitar* la estructura de dominación que le es particular a salud mental, ese eslabón que queremos agregarle a la cadena. A falta de un concepto mejor, la llamamos *normalismo*; tanto por lo que refiere a la idea de *lo normal* como por aquello que remite a la idea de *norma*, ambas importantes a los fines de nuestro argumento.

Si el “fenómeno de la sinrazón” existe desde siempre en las sociedades, sin dudas es el capitalismo y el desarrollo de la ciencia moderna los que inauguran un abordaje particular, con su consecuente despliegue de dispositivos específicos para su tratamiento (Foucault, 2007). Serán las complejas sociedades fruto de los contratos las que establezcan la necesidad de distinción, separación y segregación de todos aquellos que no puedan desarrollar su vida sujetos a las normas que ésta imparte para garantizar el funcionamiento social.

---

<sup>3</sup> “Campo social donde diferentes mundos de vida normativos, prácticas y conocimientos se encuentran, chocan e interactúan” (Sousa Santos: 144).

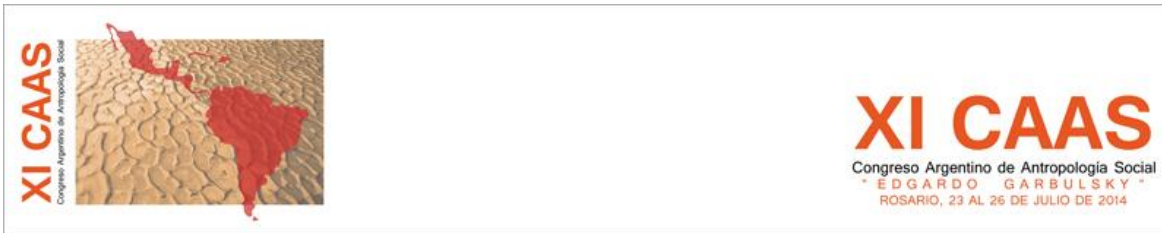




Georges Canguilhem es el filósofo que hará rondar sus preocupaciones en torno a las demarcaciones entre lo normal y lo patológico en la ciencia moderna; distinción que, más allá de su estatuto médico originario, se constituye como la frontera a partir de la cual se traza discursivamente una normatividad también social, no sólo biológica. Con sus reflexiones en torno a la *normatividad de lo normal*, Canguilhem inaugura una línea epistémica de debate que supera el asunto. A partir de ella es que irán inscribiéndose más tarde las reflexiones foucaultianas sobre la normación de la vida cotidiana; esfuerzos teóricos, otras búsquedas frente a la pregunta ¿por qué obedecen los hombres?, alternativas a las respuestas más clásicas de las teorías de la dominación, y entre las cuales podemos, años más tarde, contar –no es casual- a los enfoques decoloniales.

Desde esta perspectiva, el problema ronda las condiciones de posibilidad de la *normalidad*, no tanto de la *anormalidad*. El estado normal juega un rol normativo fundamental: es el que fuerza a los sujetos a ser de una manera, es la exigencia de cumplir con los patrones –inmanentes- de un *modo de andar en la vida* (Canguilhem, 2009), de lo que debe ser *tomado, sentido y vivido* como *normal*. La anomalía viene a colocar un *estorbo* en la vida normativa (Le Blanc, 2004), poniendo en riesgo la posibilidad de regir un orden social normado. Lo patológico, lejos de entenderse como otro *modo de andar la vida* diferente, es directamente asociado a lo *anormal*, y por ello, defectuoso, y todos los esfuerzos se dirigen a lograr que el comportamiento de los considerados anormales se acerque todo lo posible a una regla única, tomada como regularidad normal.

Si, volviendo a Boaventura, la traducción es posible entre campos sociales con diferentes estatutos normativos, un buen punto de encuentro entre éstos será, un paso antes, el de regir una vida sujeta a normas. *Blanco, propietario, europeo, varón, "normal"*, son estatutos que obedecen a una normatividad que se refuerza con el desarrollo del capitalismo a escala mundial; proceso indetenido que lleva más de 500



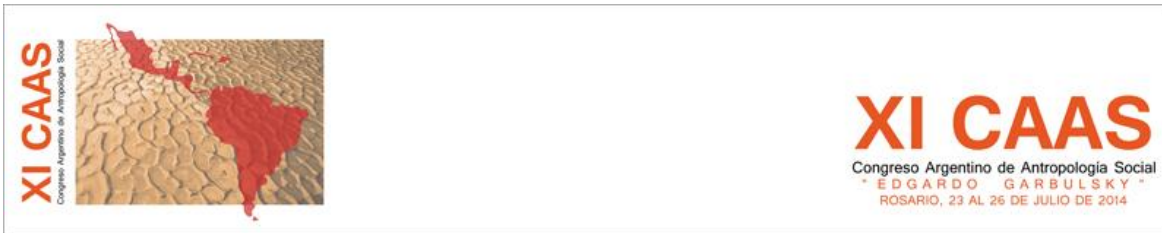
años. Reconstruir cómo opera el mismo sobre los sujetos es parte del ejercicio que proponen las lecturas decoloniales de historizar los modos naturalizados de dominación.

## 2. *Sobre los discursos de dominación y las formas de conocimiento.*

En pos de seguir rondando el asunto, nos interesa marcar algunos puntos respecto de lo que aquí denominamos *episteme de lo normal*, refiriéndonos con ello a las formas que adquiere el discurso sobre el que se sustenta esa forma particular de dominación, y qué relación guarda con otros rasgos epistémicos que se consideran hegemónicos.

Como lo sugieren Alonso y Díaz, investigadores de la Universidad de Comahue, nuestra preocupación debe estar dirigida `hacia arriba`, es decir, a “conocer los discursos que organizan a las instituciones dominantes para naturalizar la opresión, la explotación, la invisibilización, la violencia, el maltrato”. Ir hacia arriba implica arrancar desde un “abajo”; esto es, de las experiencias que existen en salud mental y sus modelos hegemónicos, y a partir de allí buscar las prácticas de poder y los discursos que sirven como marco. Ahora bien, si eso no se hace desde una perspectiva crítica, la tarea no es posible, y esa es una advertencia ineludible; pues “estar situados en lugares de subalternidad no implica necesariamente una posición crítica” (Alonso y Díaz, 2012: 85-86). Hay que aprender a mirar desde abajo.

Para tal ejercicio, tomamos prestada la propuesta de Arturo Escobar –intelectual colombiano del grupo colonialidad-decolonialidad- trabajada en su libro *El final del salvaje*, en torno al discurso del desarrollo, para hacer lo propio respecto del proceso mediante el cual lo anormal se ve organizado y abordado de acuerdo a los esquemas



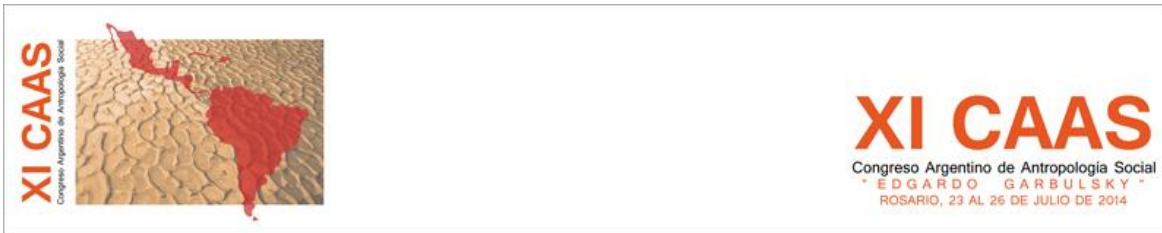
estatuidos de lo que se considera “normal”. El despliegue de esa episteme como dispositivo de poder surte efectos políticos, sociales, culturales, terapéuticos y subjetivos que exigen ser analizados (Escobar, 1999).

Nuestro autor propone tres ejes para el estudio del discurso desarrollista; estos son: “las formas de conocimiento que a él se refieren (a través de las cuales llega a existir y es elaborado en objetos, conceptos y teorías); el sistema de poder que regula su práctica; las formas de subjetividad fomentadas por este discurso (...)” (Escobar, 1999: 42-43). Aquí los tomaremos para ver las varias formas del conocimiento que se trenzan alrededor del problema de la anormalidad y que confeccionan un discurso de saber-verdad con tremenda fortaleza.

Desde una perspectiva sociológica cultural, la percepción de la anormalidad se da en la esfera de las representaciones sociales: la locura acarrea una condena moral, refuerza un estigma, instituye todo un sistema de discriminación con anclaje material. A ello responden diversas prácticas: la prohibición de formar parte de la comunidad, la declaración de peligrosidad, la discriminación cotidiana.

Hacia allí convergen los otros discursos: el saber jurídico vendrá a evaluar que, por tratarse de hombres y mujeres faltos de razón, están incapacitados para convertirse en sujetos de derecho, por tanto, éstos deben serles sustraídos. El sistema judicial, desde que la locura es asunto de estado, tiene a su cargo la declaración de incapacidad y la regulación del sistema de curatela. Esto significa, sin exagerar, que guarda la potestad de declarar que una persona deje de ser persona. Las aberraciones - completamente contenidas en el marco de la legalidad- que permite la declaración de incapacidad, son infinitas.

El discurso médico científico, por su parte, da estatuto de ciencia al saber en torno a la normalidad, y se aboca a su abordaje con el método que parte de las



determinaciones biológicas para explicar la conducta de los sujetos. La locura es la estructura cerebral alterada, los neuroconductos dislocados, el “ruido” en los órganos. Un discurso que se va desplegando en prácticas aberrantes que persisten hasta el día de hoy para el abordaje del padecimiento subjetivo: la medicalización, el cinturón farmacológico, o las terapias conductistas que, por otro lado, representan negocios millonarios. Con el desarrollo tecnológico y el avance de la industria de los psicofármacos, junto a la elaboración de manuales neurocientíficos que transforman las manifestaciones del desvío en patrones que explican la falla cerebral, el objetivismo psiquiátrico y las neurociencias ocupan un lugar cada vez más importante en la terapéutica de una sociedad increíblemente medicada y medicalizada.

La política vendrá a tomar la anormalidad como problema administrativo. Desde que el Estado es Estado tiene la tarea de velar por el orden social del que es guardián. Se hace cargo de una “población de incapaces”, y la convierte en una nueva experiencia de lo político: suprime el desorden haciéndolo administrable, y sustrae, en el camino, derechos políticos.

11

Desde el discurso económico, por un lado se dirá que el anormal es improductivo, lo que conlleva su expulsión del mercado laboral, y la idea de que representa una carga onerosa, un gasto para la sociedad, para la familia, para el estado. La vinculación de la locura con la pobreza, sobre todo en los países del Tercer Mundo guarda una especificidad que exige mayores indagaciones que las que vienen haciéndose.<sup>4</sup> Pero por otro, constituyen un “mercado” con demandas que representan una potencialidad empresaria de gran magnitud: la locura puede ser un gran negocio (para aquellos que puedan pagarlo).

---

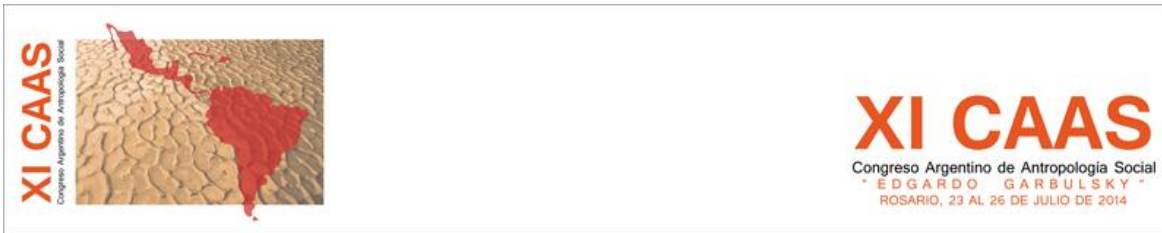
<sup>4</sup> Para una profundización de ello, VER Fiasché Ángel *Hacia una psicopatología de la pobreza*. Bs As, Ediciones Madres de Playa de Mayo, 2010.



Existe un grado de fragmentación institucional muy alto entre esas estructuras, al punto que generan también modalidades diferentes del “secuestro”, articulados por “los nuevos estatus del saber (asistencial, psiquiátrico, legal, terapéutico, judicial, etc.)” (Faraone y Valero, 2013). Es cierto que hay gran capacidad de hacerlos converger en *la* práctica reguladora de la anormalidad por excelencia: el encierro. Pero si bien es cierto que el secuestro en las instituciones totales sigue siendo condición de terapéutica de la locura –y que el *manicomio* continúa en el centro de las preocupaciones por la transformación de las prácticas en salud mental en la actualidad-, también sabemos que las expresiones de lo que Foucault llama *poder psiquiátrico* tienen, en su carácter disciplinar, la capacidad de desplegarse por fuera de los muros. Si los actuales esfuerzos en salud mental giran en torno al fortalecimiento de dispositivos de abordaje que no impliquen encierro, eso no desarticula en sí mismo la capacidad de operar del poder psiquiátrico.

12

Por eso, el desafío de desmanicomialización refiere a una desestructuración de un sistema de atención, así como de formas de conocimiento y reflexión articuladas en torno a la locura, y a los *privilegios epistémicos* (Alonso y Díaz, 2012) que ésta otorga a algunos y sustrae a otros. Se desprende entonces que la tarea es de actores implicados en el campo: gestores, trabajadores, usuarios y sus familiares, pero debe necesariamente haber un trabajo del conjunto social, cultural, de lo que es necesario transformar, de las formas de conocimiento y los discursos que hay que refundar para ello. Porque la pregunta por el drama del tratamiento del padecimiento subjetivo no puede ser respondida si, mirando hacia arriba, no va acompañada de otras preguntas que la superen en su especificidad: ¿por qué la mayoría de los usuarios y usuarias de salud mental de países con descendencia afro son negros? ¿Por qué la Justicia tiene el poder de negar la interrupción de embarazos de las mujeres insanas víctimas de violación? ¿Por qué, declarando la incapacidad de una mujer, le puede negar la tenencia de sus hijos, o someterla a la intervención quirúrgica de ligadura de trompas



para que nunca pueda concebir?<sup>5</sup> ¿Cuál es el vínculo entre internamiento crónico y pobreza? Interrogantes que valen para pensar las vinculaciones de las opresiones, y nos siguen demostrando lo oportuno de nuestro esfuerzo de diálogo.

3. *Sobre el problema de los sujetos en salud mental, y la posibilidad de un programa político “de los del Sur”.*

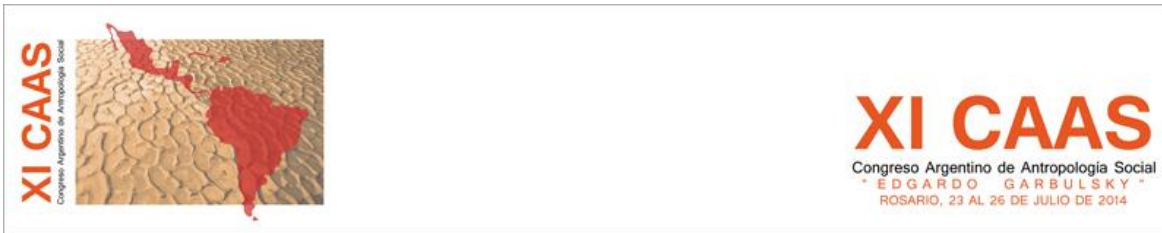
Ahora bien, cómo podríamos ir más allá de la simultaneidad e interconexión entre las dimensiones del discurso de la dominación; cómo adoptar un punto de vista que considere *todo eso junto*, y que, a la vez, no pierda la especificidad de las problemáticas. Más importante aún, cómo construir sujetos políticos que encarnen ese punto de vista –los sujetos subalternos- y la hagan suya en el sentido de propuestas políticas. Los ya mencionados Alonso y Díaz adoptan la perspectiva del *enfoque interseccional* sobre el que viene trabajando el Feminismo de color

“para estudiar la multiplicidad de las opresiones y la matriz de dominación que funda las mismas. Se intenta superar los análisis segmentados y/o fraccionados de las opresiones, y también aquellos que priorizan o jerarquizan una opresión sobre las demás. La lógica misma de la opresión necesita permanecer oculta para ser efectiva. Esa lógica consiste en situar y/o tematizar por separado a lxs sujetxs, fragmentarlxs y descolocarlx para debilitar las resistencias a la dominación así como a la emergencia de propuestas contrahegemónicas” (Alonso y Díaz, 2012: 89).

---

<sup>5</sup> Al respecto, VER Solitario Romina: “Derechos de las personas declaradas incapaces por enfermedad mental. Análisis de las prácticas socio-políticas, los procesos de exclusión y la producción de subjetividad. El caso del Municipio de Tres Arroyos”. Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria Universidad Nacional de Lanús.

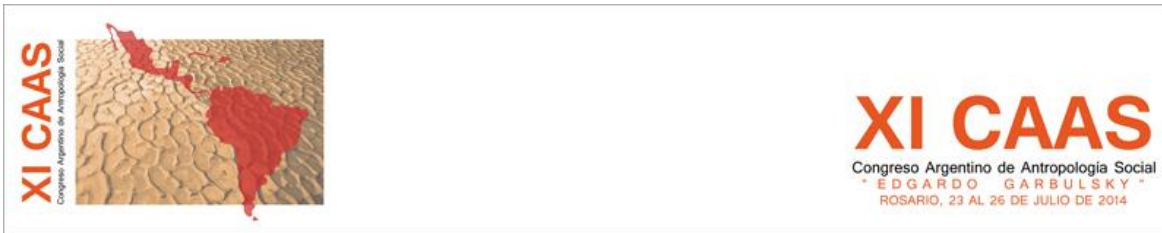




Hay que, siguiendo la recomendación de estos enfoques, tender puentes entre diferentes sujetos. Para salud mental hay varias complicaciones que deben ser superadas. Podemos identificar al menos tres niveles de la problemática, necesarias de distinción analítica para ser abordadas con diferentes estrategias.

En primer lugar, el problema de los usuarios y usuarias de los servicios. Los usuarios/as son víctimas de una *lógica de no-existencia*, idea de Sousa Santos para ilustrar que *lo que no existe es producido* como no existente. La anormalidad ocupa el lugar de parte descalificada en una totalidad homogénea –la normalidad-, y se da bajo una forma irreversiblemente inferior de existencia (Sousa Santos: 2009, 111-112). La declaración de incapacidad por demencia es la forma más transparente de hacer que una persona “deje de existir”. Pero también cuentan infinidad de casos donde los usuarios de servicios de salud mental o antiguos pacientes psiquiátricos son negados en su capacidad de ser y de hablar en nombre propio: “el sujeto pasa a ser asociado en su totalidad a ese rasgo que lo confina a un lugar de no racionalidad”, desapareciendo, bajo la omnipresencia de una patología, sus múltiples dimensiones de existencia como sujeto (Stolkiner et al, 2011). Este primer nivel exige profundizar los interrogantes sobre las nuevas prácticas en salud mental sustentadas en el paradigma de defensa y ampliación de derechos, de políticas -de gestión y clínicas- que fomenten procesos de subjetivación y la posibilidad del protagonismo de los usuarios/as. Un desafío que despierta adhesiones por doquier, pero que no es fácil promover y respetar. Sin dudas, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 aprobada hacia fines de 2010 y el Plan Nacional de Salud Mental presentado en 2013 resultan un instrumento de punto de partida de gran peso. Por otro lado aparece la necesidad de trabajar sobre la autonomía en la organización de los usuarios, propendiendo a la generación de movimientos y espacios de participación genuina en la lucha por sus derechos, que generen protagonismo y activismo anclado en la especificidad de los reclamos.

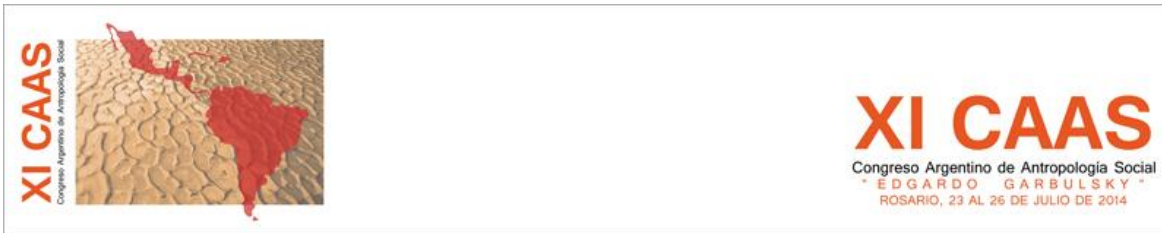




En segundo lugar está el asunto de los actores del campo de salud mental y que, además de los usuarios y sus familias, está compuesto por las diferentes profesiones intervinientes (psiquiatras, trabajadores sociales, terapistas, psicólogos, enfermeros, y otras), gestores, funcionarios, jueces. Atravesamientos corporativos y luchas políticas históricas marcan la relación entre sujetos tan disímiles. Hay que saber atender a las experiencias de los movimientos de lucha por una sociedad sin manicomios y las articulaciones que han sabido construir entre esos actores: la experiencia italiana de los 70, y la brasilera de los últimos 20 años muestran los marcos posibles en los cuáles encauzar las batallas, no sin tensiones y contradicciones internas. La interdisciplina debe regir como principio vector a partir del cual buscar esa articulación; pues se convierte en un precepto central a la hora de pensar el desafío de desmanicomialización que se encara en la actualidad del campo. Porque posibilita el diálogo entre conocimientos profesionales y no profesionales, saberes populares, de la propia comunidad, de los usuarios; porque posibilita la participación, la capacidad de la autorepresentación en el tratamiento de los padecimientos. Y sobre todo porque a partir de habilitar esa heterogeneidad de miradas y saberes es posible generar un contrapeso a las prácticas hegemónicas de la atención, que se sostienen principalmente en el conocimiento científico profesional del psiquiatra, aunque también del psicólogo (Devallis y Arredondo, 2007], y en las llamadas “evidencias”, siempre y únicamente las cuantificables.

15

En tercer y último lugar, se encuentra el desafío de articular sujetos políticos que puedan pensar las prácticas contrahegemónicas de los “del Sur”. A la manera en que colectivos de varones rondan la pregunta por las masculinidades que sustentan el patriarcado, y se declaran feministas en la lucha contra éste, nos preguntamos cuál es el rol que juegan, en este caso, los presuntos “normales” en la lucha por la eliminación de la “normalidad” como único patrón posible de *andar la vida*. Cuán dispuestos estamos a tomar una posición crítica respecto de la elaboración del lugar que social y



políticamente se ha construido para la locura, y qué compromiso vamos a tomar para deconstruirlo y transformarlo en otra cosa.

Si la tarea es el abordaje interseccionado de las opresiones, para las resistencias debemos pensar una estrategia en la misma sintonía: hace falta construir una articulación militante, ampliando el espectro de los que luchan. La consigna “Por una sociedad sin manicomios”, el reconocimiento de la salud mental como derecho humano, deben pasar a ser parte del “programa político”, trascendiendo el campo de salud mental. Hay que trazar solidaridades entre las luchas, pero sin perder de vista las conexiones e imbricaciones ocultas que existen entre ellas, y entenderlas y atenderlas en esa su complejidad.

16

*A modo de conclusión: la tarea es seguir tendiendo puentes.*

El intento de dialogar con las corrientes decoloniales y las experiencias de lucha que ellas abordan se ha sustentado desde un principio en una consideración implícita: son lecturas que han ganado gran terreno en las reflexiones e investigaciones en las ciencias sociales, por lo que están frente al desafío de seguir ampliando su horizonte de indagaciones. Y pueden encarar esa tarea con gran legitimidad. Esperamos haber esbozado algunas preguntas que colaboren a que ello sea posible.

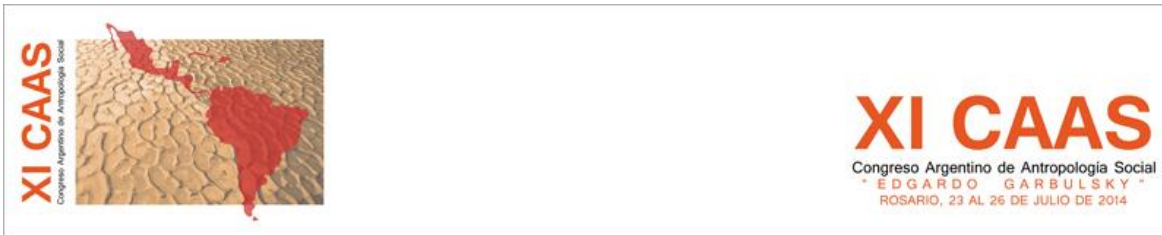
De la misma manera, el universo de reflexiones que rondan la temática de salud mental debe abrirse a las interpelaciones que de diverso tipo y desde diferentes perspectivas abonen a la tarea de deconstrucción crítica del campo; ese es nuestro aporte hasta aquí. Lo demás, queda sujeto a la profundización que en trabajos posteriores podamos seguir haciendo del asunto, en pos de seguir tendiendo puentes, y con la mirada puesta en la construcción de una sociedad sin manicomios.

**XI CAAS**

Congreso Argentino de Antropología Social



**XI CAAS**  
Congreso Argentino de Antropología Social  
" EDGARDO GARBULSKY "  
ROSARIO, 23 AL 26 DE JULIO DE 2014



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ALONSO Graciela y DÍAZ Raúl (2012); “Reflexiones acerca de los aportes de las epistemologías feministas y descoloniales para pensar la investigación social”. Revista Debates Urgentes, 1: 75-98.

ARICÓ, José M (2005); “¿Por qué Gramsci en América Latina?”. En La cola del diablo. Itinerario de Gramsci en América Latina. Bs As: Siglo XXI.

CANGUILHEM, Georges (2009) “Lo normal y lo patológico”. México, Siglo XXI.

CASTRO GÓMEZ, Santiago (2000); “Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la invención del otro” en “La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas”. Bs As: CLACSO.

18

CASTRO GÓMEZ, Santiago y GROSGOUEL Ramón (comps.) (2007); “El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica, más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad Central, Instituto de Estudios Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.

DEVALLIS, Mariana y ARREDONDO Alfonsina (2007); “Equipos de salud mental: interdisciplina y transdisciplina”. En AAVV, Subjetivaciones, clínicas, insurgencias. 30 años de Salud Mental. Bs As: Ediciones de Madres de plaza de Mayo.

ESCOBAR Arturo (1999); “El final del salvaje. Naturaleza, cultura y política en la antropología contemporánea”. Bogotá: CEREC. Capítulo 2 “El desarrollo y la antropología de la modernidad”.



FARAONE Silvia y VALERO Ana Silvia (comps) (2013) “Dilemas en Salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales”. Bs As: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

FOUCAULT, Michel (2007). “El poder psiquiátrico”. Bs As: FCE.

GRAMSCI, Antonio (2003); “Traductibilidad de los lenguajes científicos y filosóficos”. En El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce. Bs As: Nueva Visión.

GRÜNER, Eduardo (2010). “La oscuridad y las luces. Capitalismo, cultura y revolución”. Bs As: Edhasa.

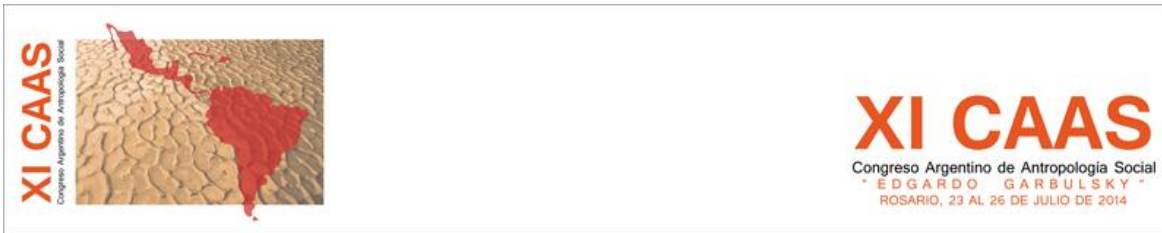
MACHEREY, Pierre (2011) “De Canguilhem a Foucault: la fuerza de las normas”. Bs As: Amorrortu Editores.

19

MICHALEWICZ, Alejandro, OBIOLS, Julieta, CERIANI, Leticia y STOLKINER Alicia (2011); “Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio” en “memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y VII Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Facultad Psicología UBA.

QUIJANO, Aníbal (2000) “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”. En LANDER, Edgardo, La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: UNESCO-CLACSO, 2003 (3ª edición), pp. 201-246.

LE BLANC, Guillaume (2004) “Canguilhem y las normas”. Bs As: Nueva Visión.



SOUSA SANTOS, Boaventura (2009) "Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social". México: Siglo XXI – CLACSO.