

Hegemonía y contrahegemonías en Salud Mental. La propuesta de la clínica placera

Ricardo Alberto Augman

Psicólogo. Doctorando en Salud Mental Comunitaria en la UNLa. Miembro de la Dirección de Prevención de la Tortura, Diálogo y Gestión Colaborativa en la Procuración Penitenciaria de la Nación. Miembro fundador de la Cooperativa Liberté, primera cooperativa del país cuyo consejo directivo este compuesto por personas presas en la Unidad 15 de Batán, Provincia de Buenos Aires

ricardoaugman@gmail.com

Benjamín Azar Bon

Becario doctoral CONICET. Doctorando del doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa., Psicólogo (Universidad Nacional de Tucumán). Egresado de la Residencia de Psicología Clínica del Hospital J.M. Obarrio, Docente auxiliar de la cátedra de Historia de Psicología (UNT)

benjazar88@gmail.com

Ana Cecilia Garzón

Becaria doctoral UNLa-CONICET. Doctoranda y Mg. en Salud Mental Comunitaria de la UNLa., Esp. en Gestión de la Economía Social y Solidaria de la UNQ. Lic. en Psicología de la UNT. Docente adjunta a la materia Salud pública y Salud Mental de la Lic. en Psicología (UCES) y Docente del Seminario Tesina de la Lic. en Psicopedagogía (UNSaM)

cegarzon@gmail.com

Bruno Hennig

Becario doctoral UNLa-CONICET. Doctorando del doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Maestrando en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural (Universidad Nacional de San Martín)

brunohennig1@gmail.com

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo realizar una reflexión teórica sobre la llamada Clínica Placera, desarrollada en las plazas de Asunción por el psiquiatra y antropólogo paraguayo Agustín Barúa Caffarena. En la búsqueda de reflexionar sobre las prácticas latinoamericanas emancipadoras este texto pone en tensión alguno de los ejes de la Clínica Placera con la práctica hegemónica en salud mental.

A lo largo del trabajo se identificarán aquellos ejes que permiten caracterizar a la Clínica Placera como un dispositivo con rasgos contrahegemónicos desde los postulados éticos y teóricos de la salud mental comunitaria.

Palabras claves: Salud Mental - Salud Mental Comunitaria - Prácticas Contrahegemónicas - Clínica Placera - Sufrimiento psíquico.

Abstract

The objective of this work is to present a theoretical analysis of the so-called "Clínica Placera", developed in the squares and parks of Asunción by the Paraguayan psychiatrist and anthropologist Agustín Barúa Caffarena. This text examines some of the fundamental concepts/pillars of the "Clínica Placera" and contrasts them with the hegemonic practices in mental health,

according to the Latin American emancipatory practices.

Throughout the work, those axes that allow the "Clínica Placera" to be characterized as a device with counter-hegemonic features from the ethical and theoretical developments of community mental health will be identified.

Key Words: Mental Health - Community Mental Health - Counter-hegemonic Practices - "Clínica Placera" - Psychic Suffering.

Introducción

El campo de la salud mental se caracteriza por una indudable complejidad. A lo largo de la historia –y a lo ancho de las culturas–, son incontables los abordajes y conceptualizaciones que se construyeron sobre ese particular modo de estar en el mundo que algunos llaman locura. Ésta, como manifestación subalterna, ha sido históricamente resguardada en la intimidad de la familia, expulsada de las ciudades, castigada o considerada demoníaca o divina, por nombrar solo algunas pocas prácticas vinculadas a ella; fue recién a partir de la modernidad occidental que se concibió un modo sistemático y, más o menos, homogéneo de tratarla. Tal como sostiene Emiliano Galende (2008), el encierro es el ele-

mento más estable en toda la historia de la salud mental y la atraviesa hasta la actualidad. Si bien esta práctica encuentra su punto de inflexión en el siglo XVII, al ser instituida bajo el mando central del Estado monárquico francés, hubo que esperar casi doscientos años para que el positivismo genere un “saber” que la legitimase a pesar de que llevaba siglos ejerciéndose. El alienismo nombra a la locura objetalizándola, la categoriza bajo el modelo positivista botánico y le supone una causa y un tratamiento. De esta manera, se convierte a la locura en enfermedad mental resituándola al terreno de lo privado como aquello que debe ser recluido. Lo diferente es forzado a entrar en límites categoriales a fin de permitir su estudio y disciplinamiento. Los cuerpos de los “anormales” son excluidos del espacio público, dando cuenta de una solución práctica a una problemática que, investida de cientificidad, no deja de ser política.

En este contexto histórico, muchos han sido los desarrollos teóricos y prácticos que, a partir de estudios críticos de la historia de la psiquiatría, buscaron devolver la locura al intercambio de lo público y, por lo tanto, deshacer el camino de dominación de la misma. Paralelamente a la expansión de nuevos trastornos –al servicio del interés de la corporación médico-farmacéutica–, han surgido movimientos que critican las categorías diagnósticas, en tanto etiquetado que pato-

logiza cualquier modalidad de sufrimiento o de experiencias que se distancian de la norma.

En este trabajo nos propusimos pensar a la llamada Clínica Placera, desarrollada por el psiquiatra y antropólogo paraguayo Agustín Barúa Caffarena¹, como un dispositivo con rasgos contrahegemónicos, en tanto busca interpelar la modalidad reclusoria y estigmatizante en que históricamente se situó a la locura y a los sujetos con sufrimiento psíquico. Sirvámonos de una breve caracterización: la Clínica Placera es un dispositivo de atención individual en salud mental, ideado y llevado a cabo por Barúa, que tiene lugar en algunas plazas de la ciudad de Asunción. Las entrevistas son agendadas con el profesional tratante como cualquier otra, con la diferencia de que no solo se acuerda un día y horario, sino también una plaza y un banco. La clínica por fuera del consultorio posee múltiples particularidades, según Barúa se busca confrontar el encierro de los consultorios para que, en lugar de centrarse en el terapeuta se potencie el mundo y lo contingente del afuera. Asimismo, propone enfrentar la lógica vergonzante de las problemáticas en salud mental y disputar la plaza como un espacio de intimidad en lo público, relegitimando la posibilidad de construir lo común y vencer el miedo al otro (Barúa, 2021). Además, si bien no deja de ser un servicio privado, al no tener que afrontar los costos de alquiler de un consultorio, los honorarios re-

sultan ser más accesibles que el promedio de las consultas psiquiátricas en Asunción.

Se buscará entonces, poner en tensión alguno de los ejes de la Clínica Placera -tales como la disputa del espacio público como un lugar posible para el desarrollo de prácticas en salud mental y la confrontación con las lógicas estigmatizantes vinculadas a las categorías diagnósticas-, con la práctica psiquiátrica hegemónica basada en una concepción individualista, nosográfica, ahistórica y biologicista del sufrimiento.

Las identidades clasificatorias

“De poco sirve reducir la experiencia a una nosología específica cuando lo cotidiano está presente como una realidad social sin concesiones, cuando los problemas vitales no son tanto hipotéticas disfunciones neuroquímicas o supuestas estructuras de personalidad, sino una vida de exclusión y violencia que nos salpica como una evidencia social del sufrimiento”.

(Correa-Urquiza et al., 2006).

La identidad puede ser estudiada por los efectos que produce el acto de clasificar. Toda clasificación es política. Parafraseando a Piera Aulagnier en *La violencia de la interpretación* (1975) existiría una violencia de la clasificación. En Occidente nominar y definir al otro es un efecto de poder de los grupos hegemónicos, que asig-

nan una identidad clasificatoria a grupos sociales para diferenciarse de éstos y dominarlos. Desde las prácticas científico-académicas se buscó históricamente clasificar al otro para volverlo legible y cualitativamente comprensible (Gómez Carpinteiro, 2014), produciendo así una reducción de la posibilidad de ser a categorías, series y objetos expresables.

Las relaciones de poder entre nombradores y nombrados han devenido en una lucha por existir y resistir con autonomía y se mueven en el territorio lingüístico del haber sido excesivamente hablados por otros (Correa-Urquiza et al., 2020). En cuanto al campo de la salud mental, la hegemonía psiquiátrica, de corte positivista y biologicista, se basa fundamentalmente en la observación, diagnóstico y tratamiento, clasificando y definiendo al otro en términos clínicos, sin lugar para la vivencia subjetiva, ya que sólo predomina la palabra autorizada del médico y la historia natural de la enfermedad. Arthur Kleinman, diferencia tres conceptos:

1) “Disease” refiere a la dimensión orgánica, clínica y objetiva de la enfermedad;

2) “Illness” hace referencia a la experiencia subjetiva, negada e invisibilizada por el modelo médico hegemónico;

3) “Sickness” apuntaría al malestar, a la disfunción cultural y social del fenómeno, a lo que es producido por las significaciones sociales (Correa-Urquiza, 2018).

Históricamente, en el mundo de la colonial modernidad “cualquier elemento, para alcanzar plenitud ontológica, plenitud de ser, deberá ser ecualizado, es decir, conmensurabilizado a partir de una grilla de referencia o equivalente universal. Esto produce el efecto de que cualquier manifestación de la otredad constituirá un problema, y solo dejará de hacerlo cuando [sea] tamizado por la grilla ecualizadora, neutralizadora de particularidades, de idiosincrasias”. (Segato, 2015: 89).

De este modo, serán “resto” y un “problema a resolver” todos/as aquellos/as quienes no pudieran ser enunciados en “términos universales” (Segato, 2015), es decir –y añadimos en este trabajo– aquellas personas y grupos/colectivos que no se correspondan con la imagen de un “sujeto ciudadano universal”, que contiene el supuesto de: hombre masculino, cisgénero, heterosexual, blanco, sano, neurotípico, cristiano, adulto, letrado, delgado y productivo. Además, esta grilla ecualizadora opera en la sociedad al modo de un rastillaje semiótico-perceptual a través de distintos procesos que buscan garantizar una supuesta normalidad planteada en términos universales (Hennig, 2021), contribuyendo así a la generación de desigualdad.

La producción de desigualdad a través de la creación de categorías que operan la clasificación social (Quijano, 2014), como la raza y el género² reproducen la dominación capitalista y moderno-colonial. En este sentido

es que precisamos de categorías que no repliquen ningún tipo de dominación. En Salud Mental, categorías como las de trastorno o enfermedad mental cristalizan en la identidad de los sujetos diagnosticados-etiquetados, forzándolos a una vivencia clínica de un malestar clasificado en términos patológicos, donde el saber del especialista se impone a la experiencia subjetiva de la persona afectada, dándose así una relación de hegemonía/subalternidad, en la que ocurre una trasmutación del saber cotidiano en un conocimiento técnico y despolitizado. Repolitizar el sufrimiento (Correa-Urquiza, 2018) resulta una tarea clave en Salud Mental, en la cual deben ser revisadas las relaciones desiguales de poder que terminan encajonando los procesos de vivir en límites clínicos rígidamente estandarizados, que no hacen más que burocratizar la existencia, produciendo procesos de normalización, disciplinamiento, vigilancia y control social (Foucault, 2002).

El paradigma de la normalización organiza una jerarquización y clasificación de cuerpos y subjetividades en la lógica normal-patológico conforme a los intereses de la hegemonía económica, política y cultural (Foucault, 2002; Canguilhem, 1982).

Al enunciar a la clínica placera como un modo de interpelar el modelo médico hegemónico, se hace necesario situar el enfoque del concepto hegemonía. La hegemonía concierne a una forma de dominación social y

política predominantemente ideológica, que pretende imponer como universales determinados deseos, mandatos, creencias, ideales y valores como válidos, legítimos y reconocidos como propios, sobre otros sectores sociales y políticos (Fair, 2015). En la sociedad civil, en tanto trama institucional formada por la familia, la escuela, la iglesia y los medios masivos de comunicación, operan el sostenimiento y la reproducción de la cultura dominante interviniendo además en la elaboración de consenso (Portantiero, 2008). Finalmente, resulta fundamental vincular la idea de hegemonía con la dominación como proceso no sólo de fuerza, sino también de lucha por la producción y la apropiación social del sentido (Martín-Barbero, 2008).

De este modo, la hegemonía a través del Modelo Médico (Menéndez, 2005) operaría en al menos tres niveles:

a) El saber profesional como única lengua legitimada en tanto forma de dominación sobre otros saberes. Estos últimos no serían el saber médico introyectado en el sujeto diagnosticado sino una producción desde otros espacios y latitudes, un conocimiento que surge de la experiencia subjetiva del sufrimiento psíquico, que excede lo dado y cuestiona lo asumido, es un saber que corre el riesgo de ser un punto ciego para la mirada experta (Correa-Urquiza, 2018). La hegemonía se materializa cuando sólo es tenida en cuenta

la palabra del médico/psiquiatra quien, de acuerdo a la noción de “disease”, define externamente la afectación de un sujeto en términos objetivos y patológicos, sin involucrar su voz y su historia, a partir de ciertos síntomas-indicadores construidos, invisibilizando su dimensión de coproducción ideológico-política-social. Las categorías médicas reducen la compleja totalidad de la experiencia del sufrimiento a una descripción semiológica, al mismo tiempo que colonizan la subjetividad y la identidad de los sujetos (Correa-Urquiza et al., 2020). De este modo, la enfermedad mental se transforma en un problema de ajuste neuroquímico mediante tratamiento psicofarmacológico y no en una realidad que es también política, económica, biográfica, social y familiar (Correa-Urquiza et al., 2006). Así, con la acción diagnóstica técnico-profesional hegemónica, asistimos a una captura ideológica del proceso experiencial de un sujeto, ya que se le impone un mundo clínico de sentidos estandarizados que reducen la existencia a un vivir enlatado a partir del rotulamiento masivo desde la corporación médica.

b) La construcción de la hegemonía supone que la visión del mundo y los valores de las clases dominantes se transformen en el sentido común compartido para el resto de grupos subalternos (Correa-Urquiza et al., 2020). En esta sintonía, la locura rompe y desafía al sentido común, producto de las tensiones efectuadas por la

hegemonía (Correa-Urquiza et al., 2020). Al decir de Goffman, se trata, en definitiva, de una gran dificultad colectiva de lidiar con la diferencia (Correa-Urquiza et al., 2020). El interrogante que se plantea es cómo co-producir categorías legitimadas que inauguren la experiencia singular, y estallen el lugar común que condena a las personas como enfermos. Desde una perspectiva foucaultiana, podríamos decir que la normalidad no existe, o que si lo hace es sólo por efecto de poder de diversos procesos de normalización que se despliegan a través de las “instituciones disciplinarias” (Foucault, 2002), históricamente orientadas a fabricar cuerpos dóciles para la dominación, en relación con la expansión del capital, que buscan encauzar los comportamientos, debiendo tanto las y los estudiantes como las y los pacientes renunciar a la indisciplina y a la desobediencia. En este sentido, resulta subsidiaria la idea de normopatía, definida como aquel sujeto que pasivamente acepta por principio todo lo que su cultura le enseña como correcto, bueno y justo, no animándose a cuestionar nada y muchas veces tampoco a pensar diferente, pero sí a juzgar críticamente a quienes lo hacen, condenarlos o aceptar que los condenen (Guinsberg, en Barúa, 2015). Por ello, categorías teórico-políticas como la de enfermedad esconden un entramado ideológico que responde a instituciones, sujetos y lógicas que pretenden producir ciertos cuerpos y sentidos y no otros, crean-

do un mercado de consumos de altísimo impacto en la economía global.

c) La hegemonía también se da entre los profesionales de distintas disciplinas, donde el conocimiento aparece como un campo de disputa de poder. La medicina y la psiquiatría constituyen las prácticas dominantes en el acto de curar, y se autoproclaman como propietarias de un saber absoluto, basado en evidencias científicas. Le siguen otros modelos “psi” en la lucha por el poder, como el psicoanálisis y las terapias cognitivo-conductuales (Correa-Urquiza et al., 2006). El psicoanálisis fue concebido como ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría clásica, el devenir de las prácticas y las instituciones darían cuenta del posicionamiento en relación al poder.

Uno de los problemas de ciertos enfoques “psi” lo constituye el individualismo epistemológico y metodológico, que actúa en la percepción acerca del afectado en tanto “isla psicopatológica” a ser explorada exclusivamente desde lógicas psicológicas y/o biológicas (Correa-Urquiza et al., 2006), a la vez que se dirigen al sujeto individual como portador de un problema, ante el cual la solución es profesional.

Frente a tal desglose argumentativo, se torna necesario reflexionar: ¿cabe la complejidad y la riqueza de existir en una etiqueta? ¿Acaso no desbordan las múltiples identidades de un sujeto las categorías diagnós-

ticas? ¿Es posible contribuir a categorías más amplias, integrales e inclusivas? También, nos interrogamos: ¿es posible pensar por fuera de las categorías? O bien, ¿cómo estallarlas, tanto desde adentro como desde afuera? En todo caso, ¿cómo crear categorías abiertas al movimiento y criticidad, porosas y respetuosas de quienes no son una/o? ¿Es la categoría de sufrimiento psíquico suficiente para no reproducir la violencia de la clasificación o, inevitablemente, cae en ella?

Con el objetivo de reflexionar sobre las categorías y las prácticas en salud mental comunitaria en clave latinoamericana, se lleva a cabo un análisis de la experiencia Clínica Placera para situar las rupturas, quiebres y alternativas a las propuestas hegemónicas en las prácticas en salud mental. Para cumplir con el mismo se realizó una entrevista en profundidad a Agustín Barúa Caffarena sobre su propuesta de Clínica Placera.

Tensiones en la producción de saber sobre los sufrimientos

“...en el reino animal la regla es comer o ser comido; en el reino humano, definir o ser definido”.

(Szasz, 1973)

De acuerdo a lo desarrollado por De Sousa Santos (2010), la epistemología occidental dominante fue construida a partir de las necesidades de dominación

capitalista y colonial y se sustenta en el pensamiento abismal. Este pensamiento actúa por la definición unilateral de líneas radicales que dividen los saberes sociales, las experiencias y los actores entre los que son visibles, inteligibles o útiles (los que quedan de este lado de la línea) y los que son invisibles, ininteligibles, olvidados o peligrosos (los que quedan del otro lado de la línea). La división es tal que el otro lado de la línea desaparece como realidad. La no existencia es producida cuando una entidad es descalificada y considerada invisible, no inteligible o desechable. Este autor distingue cinco formas sociales principales dentro de la lógica de producción de no existencia establecidas por la razón eurocéntrica dominante: lo ignorante, lo residual, lo inferior, lo local y lo improductivo. Se trata de formas sociales de inexistencia porque las realidades que conforman aparecen como obstáculos con respecto a la realidad que cuentan como importantes: las científicas, avanzadas, superiores, globales o productivas. Las invisibles se convierten en el fundamento de las visibles.

En el campo de la producción de conocimiento, esta operación consiste en conceder a la ciencia moderna el monopolio de la distinción universal entre lo verdadero y lo falso, dejando del otro lado de la línea lo que es considerado como carente de conocimiento real: hay creencias, opiniones, magia, idolatría, comprensiones intuitivas o subjetivas, otros saberes ancestrales.

La creación y la negación del otro lado de la línea son constitutivas de los principios y prácticas hegemónicas. En este sentido, la producción de inexistencia opera invisibilizando otros enfoques que no respondan al Modelo Médico (Menéndez, 2005) y a otros abordajes “psi” hegemónicos.

En el campo de la salud, existen al menos dos grandes marcos de referencia desde donde se coproduce el saber: el de la experiencia vivida, los aprendizajes posibles que se desprenden del sufrimiento, sus acciones y silencios; y el de las disciplinas y constructos epistemológicos que procuran comprenderlo, pero también apagarlo, neutralizarlo (Correa-Urquiza, 2018). La construcción de los padecimientos en tanto enfermedades o trastornos responde a una necesidad de nombrar y clasificar, tal vez comprender y tratar, pero resulta una falacia suponer que abarca la totalidad compleja del también llamado sufrimiento psíquico (Correa-Urquiza, 2018). No debemos olvidar que, de acuerdo a Correa-Urquiza (2018), toda interpretación es una construcción de sentido de un determinado fenómeno, y que la salud no es una cuestión exclusivamente médica, sino el producto de una serie de elementos que guardan relación con el aire que respiramos, las narrativas biográficas de los sujetos, los obstáculos vitales de éstos, su situación socioeconómica, y los marcos culturales que atraviesan la idea misma de salud, enfermedad, tratamiento y cuidado.

Las existencias: más allá de la institucionalización de los conceptos

Federico Galende (2015) refiere al proceso en el cual la “ciencia” del saber médico- psiquiátrico obstaculiza la simplicidad de la escucha y la apertura al sufrimiento singular del otro. Insiste, siguiendo a Emiliano Galende, que la experiencia de la escucha produce una erosión del historial de diagnósticos y juicios muchas veces inquisitoriales, que así devienen cáscaras demasiado endebles o porosas, ruinas que confiesan su límite para subsumir la complejidad del existir en alguna unidad teórica o principio de razón. Emiliano Galende sostiene que el conocimiento de la psiquiatría, más bien del psiquiatra, no coincide con el conocimiento de la vida de quien porta un sufrimiento mental.

En esta misma línea Correa-Urquiza (2018) precisa que existen dos grandes relatos sobre el sufrimiento psíquico: el manifiesto en las prácticas asistenciales por un lado, y por otro, aquel que emerge de los sujetos. Según este autor, existe un desencuentro entre un saber reconocido y naturalizado como el deber ser de los cuidados y otro que es el oculto, negado y olvidado.

Separándose de la ilusión cartesiana, Emiliano Galende (2015) insiste en que pretender una explicación universal y una verdad del sufrimiento mental en los mecanismos biológicos del cerebro es negar justamente lo que constituye la esencia de la existencia del hombre:

su relación con la cultura que habita, los rasgos del lugar que ocupa en su sociedad, las diferencias de su capacidad creativa, de la autonomía de su imaginación, del ejercicio de su libertad para orientar las decisiones sobre su vida: es en la existencia y los sufrimientos mentales del vivir, donde puede buscarse y entenderse en las condiciones de la cultura y la sociedad en que habitamos.

Este proceso de ubicar el malestar topológicamente en el cerebro o psiquismo y definirlos desde causas biológicas, individuales, a-históricas, y definibles de manera objetiva por un observador externo, se desvincula de su articulación con las condiciones materiales de existencia y se le niega la potencia heterogénea de los afectos.

Se evidencia un desfase entre las categorías diagnósticas y las prácticas instituyentes. Cuando el saber se inscribe sólo desde el saber sanitario (médico asistencial) y se despoja de la posibilidad de conocer y enunciar sobre su sufrimiento a las personas, imposibilita toda relación terapéutica, en tanto no se puede sostener una práctica basada en la sola autoridad y el ejercicio del poder disciplinario sobre el otro. Ninguna relación puede considerarse terapéutica negando al otro como un semejante y tratado como un objeto para su tratamiento.

Siguiendo a Menéndez (2005) sostenemos que la respuesta asistencial no se instala sólo en las institu-

ciones sanitarias, sino que existe como perspectiva de comprensión y abordaje de los padecimientos en toda la sociedad. Los diagnósticos organizan no sólo una forma de abordaje, sino que construyen identidades en su calidad performativa³.

Es así, que los malestares, complejos, multideterminados por las condiciones materiales de existencia se resisten y no pueden ser reducidos a categorías estancas definidas desde teorías abstractas que sostienen explicaciones de condiciones jerárquicas. ¿Desde qué categorías y prácticas se pueden alojar estos sufrimientos? ¿Cómo producir el desenganche necesario de la tradición cartesiana que niega el cuerpo del sufrimiento psíquico?

En el campo de la salud mental existen diferentes categorías con definiciones polisémicas en lo que se refiere a las conceptualizaciones sobre malestar, sufrimiento, y padecimiento. Es necesario un análisis minucioso de las categorías presentes en el campo que, si bien exceden el propósito de este trabajo, es importante señalar algunos puntos. Augsburger (2004) sostiene que la inclusión de sufrimiento psíquico es una categoría clave. La posibilidad de trabajar en el campo de la salud mental con la noción de sufrimiento psíquico o de malestar encuentra antecedentes de diversos autores (Freud, 1930/1981; Galende, 1997; Burin, 1991 citados en Ausburger, 2004). Sin embargo, no hay una

definición clara de sufrimiento psíquico. Algunos autores lo plantean como una propuesta superadora a la de trastorno haciendo foco en la inclusión de aspectos socio-históricos y subjetivos (Alves, 1993; Stolkiner, 2003, Ausburger, 2004; Faraone, 2013, Conrad, 1987, citado en Faraone, 2013). Otros referentes del campo de la salud mental utilizan este término acentuando el correlato subjetivo de la enfermedad, si se atiende a la especificidad de los problemas de salud mental, la utilización del concepto de sufrimiento psíquico permite destacar y reconocer la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar (Berlinguer, 1994; Susser, 1970; Basaglia, 1972 citados en Ausburger, 2004) Otros resaltan que el sufrimiento no puede ser encuadradas dentro de lo que se entiende por enfermedad (Ausburger, 2004; Susser & Susser, 1996, citado en Faraone, 2013). Ausburger (2004) sostiene que al no haber una base sólida del objeto enfermedad mental, los análisis epidemiológicos carecen de un sustento firme. Cómo se clasifica y desde qué categorías tiene implicancia directa en el modo de actuar. Tanto desde la definición de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina como los autores (Menéndez, 1997; Menéndez 2003, Mercado Martínez et. al, 1999) aportan definiciones sobre el concepto de padecimiento que incluyen no sólo al individuo, sino a su contexto y los modos en los cuales se da respuesta (individual, colectiva y desde

los servicios) al padecimiento⁴. Se observa que desde las diferentes posturas teóricas se busca apostar a definiciones más amplias que permitan situar al malestar en su complejidad y multideterminación, en un intento de superar las nomenclaturas clásicas psicopatológicas.

El malestar frente a estas categorías es nombrado por diferentes colectivos sociales que han sido tradicionalmente amordazados por estas formas clasificatorias que han patologizado y medicalizado sus existencias: usuarios y familiares de servicios de salud mental, sobrevivientes de la psiquiatría, el movimiento loco, movimiento de vida independiente, movimiento cannábico, usuarios de drogas, colectivo LGTBIQ+, pueblos originarios, movimientos afrodescendientes y tantos otros actores del campo de la salud mental que accionan para generar los cambios necesarios e impostergables. Estos colectivos denuncian la condición del desamparo (Correa, 2019) a la que han sido expuestos por las miradas profesionales, no percibiéndose en el lugar dado por las mismas.

En este sentido, la categoría de malestar se propone como una desobediencia epistémica (Mignolo, 2010), ya que el mandato político-epistémico insiste y presiona para trabajar en términos binarios. La categoría malestar rompe con el par dicotómico de lógica binaria sano– enfermo o normal–patológico, ya que el malestar implica pensar en otros términos.

Cuando Barúa (2021), citando a Guatarri, refiere que “no se trata de ir o de venir, sino de hacer otra cosa”, implica una llamada a la reflexión sobre nuestras categorías, nuestras identidades profesionales (en tanto roles de saber-poder) y nuestras prácticas, en una apuesta hacia la creatividad. Para este autor, su propuesta de clínica placera tiene que ver con una posibilidad que aporta tener otro lugar y tener el derecho a compartir desvergonzadamente el sufrimiento psíquico, no como algo privativo. Para él esta clínica permite romper la idea del encierro de yo y mi problema.

La noción de malestar es una categoría entre objetiva y subjetiva (implica tomar la palabra de quien padece), refiere a considerar sensiblemente las condiciones de vida, en tanto no es privativo de un individuo, sino que puede responder a una grupalidad que comparta los modos de vida. Por otra parte, su relación con el sufrimiento, a la vez que su utilización, enunciación y operacionalización epistémica contribuye a despatologizar, ya que no todo malestar es patológico y además no todo malestar es por enfermedad (Burin, 2010), es decir, recuperar el derecho a sufrir sin ser clasificado (Obiols, 2012).

El malestar, como posibilidad de apertura a la existencia del otro como par, habilita un proceso de encuentro empático que permite una escucha diferente desde el cual quien padece no tiene que ser intervenido

en un afán de normalización, sino alojado. Habilita a la dimensión de vínculos basados en la ternura y recupera su dimensión política (Ulloa, 2005).

Los procesos de democratización en los vínculos que apuestan a una paridad en la participación, generan un proceso de subjetivación política, o como lo menciona Wayar (2009) apostar a la performativización que permite la construcción identitaria en la participación de la escena política, en tanto actores en disputa de un saber sobre sí mismo.

Tensiones en las prácticas hegemónicas: las propuestas de la clínica placera

Si bien Agustín Barúa dice reconocerse como parte de la monstruosidad psiquiátrica, se puede identificar en la Clínica Placera algunos puntos o rasgos que tensionan las prácticas hegemónicas, al menos en los siguientes ejes:

1) La clínica placera es una propuesta asistencial en espacios públicos que busca salir de las paredes del consultorio y del “cementocentrismo”, que caracterizan a la mayoría de los abordajes clínicos en salud mental. Cabe aclarar –sin la intención de profundizar en el tema y a fines explicativos–, que lo público puede ser entendido de, al menos, dos modos: por un lado, como adjetivo, es la característica que puede tener un determinado servicio en tanto aspira a ser accesible para la

mayor cantidad de personas posibles de un territorio; por el otro, como sustantivo, es un espacio, un ámbito en donde se desarrolla una actividad con o junto a otros. La clínica placera no es un dispositivo público, sino que es una práctica privada que tiene lugar en lo público. Esta provocación a la tradición que vincula la intimidad con el adentro, característica de los dispositivos clínico-asistenciales tradicionales, se argumenta en dos ejes: en primer término, vinculado al acompañado/a, la atención en el afuera trasluce una idea desvergonzante del sufrimiento psíquico. Los efectos del estigma se resquebrajan cuando algo del derecho a sufrir aparece ante la posible mirada del semejante. En segundo término, una práctica asistencial desarrollada en el espacio público podría entenderse como acción política, en tanto plantea desandar el camino privativo, segregativo y excluyente que históricamente estuvo asociado a la locura. Asimismo, en tiempos de nuevas embestidas neoliberales, se intenta relegitimar a un lugar público –una plaza–, como un espacio de encuentro y “emplazamiento”, donde se ponga en cuestión la visión individualista del otro como potencial enemigo. La clínica placera cambia radicalmente la escenografía donde se despliega el singular relato sobre el malestar y lo hace disputando, de algún modo, los espacios comunes de las ciudades como posibles lugares de intimidad. Barúa no concibe a lo íntimo como opuesto a

lo público, sino que entiende que esta intimidad puede encontrarse en el dinamismo del afuera: en un perro que irrumpe ante un relato trágico, en los sonidos del viento sobre la copa de los árboles, en la espontaneidad de un niño que juega o en lo impredecible de vivir en una ciudad latinoamericana. La contingencia del afuera –opuesta al estatismo inerte del adentro– pone en juego distintas variables que son usadas para abordar el sufrimiento íntimo y singular de quienes Barúa nombra como “acompañados”. No son pacientes, son personas acompañadas (Barúa, 2021).

2) La búsqueda de Barúa por despsiquiatrizar las narrativas que llegan psiquiatrizadas, habladas por el saber médico, definidas en términos clínicos y con diagnósticos impuestos, involucra cierta idea de la potencia como lo posible, ya que al postular la importancia de la historia personal y la vivencia subjetiva de la problemática sin estar estructurados por el lenguaje médico-clínico permite la búsqueda por una resemantización y reconstrucción de la autobiografía en los propios términos de la persona afectada: “no le saque la poética a la persona” (Barúa, 2021). La despsiquiatricación se pone en juego en la perspectiva de Barúa, para quien hay que cuestionar la lógica psicofarmacocentrada, siempre apuntar al menor psicofármaco o nulo que fuera posible, a la vez que validar que se puede estar sin psicofármaco.

La propuesta de Barúa sobre la definición sobre el propio sufrimiento desde quien padece, y su negativa a incluir en el vínculo terapéutico las nomenclaturas y clasificaciones diagnósticas que él realiza, se puede comprender como un intento de democratización del proceso donde se privilegie el relato de la vivencia de quien consulta.

La clínica placera presenta un esqueleto alternativo a los enfoques psi dominantes, enmarcados en el Modelo Médico Hegemónico que, recordemos, no es sólo atravesado por el biologicismo sino también por el individualismo (Menéndez, 2005). De este modo, la clínica placera se conforma en tanto un nuevo espacio de interacción social, que contrasta con los paradigmas hegemónicos estructurados a partir de un individualismo epistemológico (Correa-Urquiza et al., 2006). Asimismo, el hecho de que la elección del banco de la plaza quede del lado del sujeto, manifiesta que el espacio no es propiedad del profesional y que es un espacio a construir (Barúa, 2021b). Por último, que el proceso terapéutico se realice mediante acuerdos de trabajo y tareas que se definen en las sesiones (encuentros) podría comprenderse en ciertas coordenadas de paridad entre el profesional y la persona que consulta.

3) Las identidades cristalizadas por los roles asignados en las lógicas de poder-saber afectan a todos los intervinientes en la trama relacional. Si bien, desde un

lugar jerárquico y de poder, los profesionales también se encuentran limitados por los roles asignados. En diferentes momentos de la entrevista, Barúa menciona críticas al rol hegemónico asignado y asumido por los profesionales del campo de la salud mental, específicamente de la psiquiatría. Algunos puntos en los cuales se identifican rupturas significativas son su crítica a algunos postulados teóricos sobre su profesión, Barúa menciona que “la psiquiatría resulta ser mayoritariamente legitimadora del status quo de la sociedad, que cada vez aúlla por espacios de rebeldía y transformación, de igualdad y de diversidad” (2021b: 1) Insiste que la psiquiatría sostiene un rol represivo, homogeneizante y acallante, desde las prácticas como la hipermedicación y la imposibilidad de escuchar relatos sin encasillar en trillos semiológicos, los encierros (físicos, químicos, simbólicos y eléctricos) en las prácticas cotidianas y sin interacción crítica con lo humano.

Para este autor, la salida de esta forma de relación humana propuesta por los modos más tradicionales de la clínica también se encuentra desde promover la rareza del profesional. La rareza como disputa semántica. Reivindicar que cada trabajador de salud mental pueda explotar su propia rareza profesional, su singular forma de trabajar. Desde esta misma postura sostiene que es necesario legitimar las diferentes experiencias de la formación y trayectorias de la existencia. Legi-

timar las diferentes vertientes teóricas que forman a los profesionales. En su caso su marco político-teórico referencial es, según sus respuestas, principalmente el construccionismo social, si bien refiere se articula con aportes del psicodrama moreniano, el esquizoanálisis, la antropología social, la psiquiatría basagliana, y la psicología comunitaria; en sintonía a los desarrollos de Pichón-Riviére y Alfredo Moffatt. Insiste en que en sociedades como las nuestras el sufrimiento psíquico se encuentra fuertemente estigmatizado, y que la apuesta se encuentra en generar espacios de encuentro donde cada quien tenga algo que relatar y que callar.

A modo de conclusión

Al iniciar el artículo, nos propusimos trabajar sobre la experiencia de clínica placera esperando encontrar en ella claves para pensar la atención primaria de la salud en tanto la considerábamos una herramienta de abordaje territorial que, si bien podría serlo, no es el dispositivo o artefacto –como lo menciona Barúa (2021)– propuesto por el autor; y es justamente en esa particularidad que radica su valor. Encontramos en la clínica placera un dispositivo de asistencia eminentemente individual⁵ pero que en sus formas relacionales propone aspectos que plantean una ruptura con las relaciones de poder-saber presentes en las formas de asistencia y con las respuestas de asistencia en el campo de

la salud mental. Se trata de una propuesta de clínica privada e individual pero que recupera aspectos centrales de la estrategia de atención primaria de la salud como transversal a la atención y de la salud mental comunitaria, en lo que respecta, a las relaciones de saber-poder presentes en el dispositivo y las categorías y formas de conceptualizar el sufrimiento, modos de alojarlos e incorporarlos en el espacio público de una manera novedosa; aspectos que han sido recuperados de la entrevista y mencionados a lo largo del trabajo.

Experiencias como la Clínica Placera de Agustín Barúa muestran la riqueza de las múltiples propuestas del campo de salud mental comunitaria que se desarrollan en América Latina con diferentes grados de institucionalización que generan nuevos saberes que aportan a democratizar los procesos de salud. Muchas de estas experiencias surgen en el marco de la política pública, otras como respuesta de los colectivos frente a las ausencias de políticas públicas, algunas de ellas como propuestas superadoras de los equipos para dar respuesta a los servicios, o como respuestas a la falta de recursos, por ejemplo, muchas veces los profesionales de los servicios en salud han tenido que atender en el parque del hospital o la plaza cercana al mismo por falta de espacio destinadas para tal fin. En el caso de la clínica placera, institucionaliza la experiencia y se propone como una alternativa entre las diferentes respuestas en salud, y

desde esa posición produce nuevos saberes que tensionan el campo, los roles profesionales y las relaciones de poder-saber presentes en los modelos hegemónicos.

Como hemos desarrollado, muchas veces estos saberes que surgen de la experiencia en el campo, de los movimientos sociales, son subordinados o invisibilizados por considerarse carentes de científicidad. En la búsqueda de precisar las categorías del campo de la salud mental y sus modos de producción consideramos que es central la integración de saberes no-disciplinarios. Stolkiner (1999) plantea la posibilidad de ampliar el campo hacia la construcción de intersaberes, lo que no sólo implica incluir los saberes profesionales y técnicos no tradicionales del campo de la salud mental, sino también los saberes propuestos por los movimientos sociales, los usuarios y familiares en la definición de las categorías y la inclusión de nuevas dimensiones, por ejemplo, resignificar la dimensión corporal a veces no incluida en el campo psi, o la inclusión de la dimensión espiritual. Argandoña (s/f) manifiesta en *Crítica Clínica* su preocupación por los pacientes inferiorizados por el médico, situación que puede extenderse a lógica relacional de los saberes donde todo saber siempre se encuentra subalternizado a los saberes profesionales.

Si los campos de saberes se organizan de manera relacional y por tensiones de fuerza (Bourdieu, 2008) sostenemos que la vía se encuentra en apostar a demo-

cratizar dichas relaciones, proponiendo nuestras formas de circulación de poder. No se trata entonces de negar un saber técnico, donde a veces las categorías son necesarias como un mapa orientativo, sino justamente entender que las mismas son artificios transitorios y no poseen el valor de verdad. Es necesario que dialoguen en igualdad de condiciones con otros saberes. Cuando hay relaciones de poder que oprimen, entonces no hay relación posible en términos de paridad participativa.

De allí, queremos posicionar una ética del derecho a sufrir sin ser etiquetado, una política para promover las rupturas de las categorías hegemónicas en los diagnósticos, en la formación profesional y en las prácticas clínicas. La salud mental, entendida como salud mental comunitaria, debe ser un camino para la liberación.

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Dra. Alejandra Barcala, directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria y al Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg” de la UNLa, por generar espacios de sinergia e intercambio entre actores del campo de la salud mental que favorecen el encuentro y la producción de materiales como este. Asimismo, a Agustín Barúa por su tiempo y disposición para encontrarse con los autores y facilitar materiales que permitieron el abordaje de esta valiosa experiencia.

Bibliografía

Alves, P. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saude Publica*, 9, pp. 263-271.

Argandoña, M. (s/f). “Crítica clínica”. Material. En Integración de Cuidados De Salud Mental en la Atención Primaria De La Salud. Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. *Mimeo*.

Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, vol. 16, p. 71-80.

Barúa, A. (2021). Entrevista realizada el 19/11/2021 para el trabajo final del Seminario Integración de Cuidados de Salud Mental en La Atención Primaria De La Salud. Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. *Mimeo*

Barúa, A. (2021b). Rareza Humana, Normalidad y Salud Mental. En *Diario El Nacional*. Entrevista realizada el 19/11/2021 Disponible en: <https://www.elnacional.com.py/cultura/2021/11/19/agustin-Barúa-caffarena-sobre-rareza-humana-y-salud-mental/>

Barúa, A. (2015). Autoetnografía de “clinitaria” como des-cubrimiento de lo antropológico en salud mental comunitaria. Tesis de Maestría en Antropología social. Universidad Católica de Asunción. Suplemento Antropológico. Vol. 1.

Bourdieu, P. (2008). “La lógica de los campos”. En Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Burin, M. (2010). “Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina”. Buenos Aires. Disponible en línea: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Pr_eprint.pdf?sequence=1

Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Castoradis-Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Correa-Urquiza, M., Balaguer, A., Coll-Florit, M., Hernández i Encuentra, E., Climent Roca, S. (2020). “Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico”. *Salud Colectiva*, Vol.

16. Disponible en línea: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2886/1636>

Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., Martínez Hernández, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. Nro. 22, pp: 47-69. Disponible en línea: <https://raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042>

Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 38 (134): 567-585.

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Espinosa, Y. (1999). ¿Hasta dónde nos sirven las identidades? Santo Domingo: Casa por la Identidad de las Mujeres Afro.

Fair, H. (2015). Contribuciones para una operacionalización de la teoría de la hegemonía de Ernesto Laclau. *Polis*, Vol. 11 (Nro. 2), 89-118. Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Iztapalapa-División de Ciencias Sociales y Humanidades-Departamento

de Sociología. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332015000200089

Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*. UNLa, 3(3), 29-40.

Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, F. (2015). "Prólogo". *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gómez Carpinteiro, F. J. (2014). Antropología, ciencia y otro conocimiento. Reflexión sobre el sujeto y sus conceptualizaciones. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*. Vol. 35, Nro. 137. Pp. 15-53. Disponible en línea: <http://www.revistarelaciones.com/index.php/relaciones/article/view/148/177>

Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de antropología social*, (17), 79-99.

Hennig, B. (2021). Diálogos entre educación popular y salud colectiva en tanto prácticas contrahegemónicas. La Red Trashumante: una construcción colectiva del conocimiento. Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural. Universidad Nacional de San Martín.

Martín-Barbero, J. (2008). Culturas populares. *Términos críticos de Sociología de la cultura*, Carlos ALTAMIRANO (Comp.). Buenos Aires: Paidós.

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva* (Revista científica). Volumen 1, Número 1. La Plata. Publicación editada por Salud Colectiva - Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús. Enero/Abril 2005. Pp. 9-32.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, vol. 8, p. 185-207.

Menéndez, E. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, vol. 15, no 51, p. 83-103.

Mercado-Martínez, F., Robles Silva, L, Ramos Herrera, I., Leal, N., & Alcántara Hernández, E., (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(1):179-186.

Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Obiols, M. J. (2012). Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida. *Salud Mental y Comunidad*. Universidad Nacional de Lanús, vol. 2, no 2, p. 59-65.

Portantiero, J. C. (2008). Hegemonía. En Carlos Altamirano (Comp.) *Términos críticos de sociología de la cultura*. Buenos Aires: Paidós.

Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Cuestiones y horizontes: de*

la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires: CLACSO.

Segato, R. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda.* Buenos Aires: Prometeo Libros.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi. Revista De Información Especializada*, 3(10), Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Stolkiner, A. (2003). De la Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el campo de la Salud Mental. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. N° 54. 314-319.

Ulloa, F. (2005). Pichón Rivière de Buenos Aires. *Clínica y análisis grupal*, vol. 94, no 27, p. 167-173.

Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Wayar, M. (2009). ¿Sos o te hacés? Entrevista en *Revista MU*, el periódico de La Vaca. Año 3, Número 26.

Notas

1) Para cumplir este objetivo se llevó a cabo una entrevista vía Meet, el día 19/11/2021. La misma se consigna en la bibliografía.

2) Agregamos sexo y clase social siguiendo la lectura de Stolcke, V. (2014) *La mujer es puro cuento: la cultura del género.* *Estudios Feministas*, vol. 12, n.º 2, 77-105, mayo - agosto, Florianópolis.

3) Es decir, se produce al mismo tiempo que es nombrada o designada.

4) Mario Testa (1993), en *El Hospital*, utiliza el concepto de sufrimiento en este mismo sentido.