

Para otra semántica del sujeto y el sufrimiento psíquico. Pensar la salud mental desde la educación social

Recepción: 4/04/2020 Aceptación: 28/05/2020

Resumen

El presente artículo busca explorar algunas claves teóricas que, alejadas del discurso biomédico, puedan ser útiles a la educación social para construir prácticas inclusivas en el campo de la salud mental. Para ello, llevamos a cabo una mirada a algunas disciplinas de las ciencias sociales, que nos pueden aportar herramientas teóricas y metodológicas susceptibles de ser transformadas e incorporadas a los dispositivos educativos en salud mental. Proponemos la necesidad de situar dichas prácticas en una perspectiva comunitaria y colectiva, en la que se otorgue un lugar fundamental a la palabra del sujeto que padece un sufrimiento psíquico que le permita elaborar su propia narrativa sobre lo que le ocurre, asumiendo un rol de protagonista en su proceso para un mejor estar.

Palabras clave

Salud mental comunitaria, discurso biomédico, educación social crítica, sufrimiento psíquico.

Per a una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Pensar la salut mental des de l'educació social

Aquest article cerca explorar algunes claus teòriques que, allunyades del discurs biomèdic, puguin ser útils a l'educació social per construir pràctiques inclusives en el camp de la salut mental. Per a això, duem a terme una mirada a algunes disciplines de les ciències socials, que ens poden aportar eines teòriques i metodològiques susceptibles de ser transformades i incorporades als dispositius educatius en salut mental. Proposem la necessitat de situar aquestes pràctiques en una perspectiva comunitària i col·lectiva, en la qual s'atorgui un lloc fonamental a la paraula del subjecte que pateix un sofriment psíquic que li permeti elaborar la seva pròpia narrativa sobre el que li passa, tot assumint un paper protagonista en el seu procés per a un estar millor.

Paraules clau

Salut mental comunitària, discurs biomèdic, educació social crítica, patiment psíquic.

For another semantics of the subject and psychological suffering. Thinking about mental health from the social education perspective

This article explores certain theoretical keys that, far removed from biomedical discourse, may be useful in social education to construct inclusive practices in the field of mental health. To this end, we look at various social science disciplines, which provide us with theoretical and methodological tools that can be transformed and incorporated into mental health education provisions. We propose that these practices should be located within a community and collective perspective in which great importance is attached to the word of the subject affected by psychological suffering. This will enable subjects to construct their own narrative about what is happening to them, giving them a key role in their process with a view to building a better life for themselves.

Keywords

Community mental health, biomedical discourse, critical social education, psychological suffering.

Cómo citar este artículo:

Giménez Martret, Ricard (2020).

Para otra semántica del sujeto y el sufrimiento psíquico. Pensar la salud mental desde la educación social.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 97-120.



▲ Introducció

La educació social treballa habitualment en llocs on conviu amb la presència del diagnòstic psiquiàtric. És comú la figura del educador en hospitals de dia, centres d'acollida, centres residencials de menors i molts altres en els quals la institució està permanentment travessada per diverses manifestacions del sofriment psíquic de les persones amb les quals treballam.

La pràctica educativa en qualsevol dels àmbits que li són propis, però més específicament si cal en el camp de la salut mental, porta aparejada una certa desesperança deguda a les dificultats de veure els resultats del treball fet (Julià, 2005). Això és en bona mesura degut a que es tracta d'un camp d'acció en el qual intervien distintes disciplines que, lamentablement, moltes vegades s'encuentren desconectades entre si (psiquiatres, psicòlegs, educadors i pedagogs, terapeutes diversos, etc.). Disciplines que en moltes ocasions estan sotmeses a pràctiques de jerarquia professional en les quals certs discursos operen arrogàndose un protagonisme excessiu i, a vegades, amb pretensions d'exclusivitat, al temps que exerceixen un desdén cap als altres sabers.

La educació social ha de establir un diàleg amb altres disciplines per construir un discurs propi que afronti la complexitat de la salut mental

A pesar d'això i potser precisament per aquesta raó, ens sembla innegable que la educació social ha de establir un diàleg amb altres disciplines per construir un discurs propi que afronti la complexitat de la salut mental.

És per això que farem, en primer lloc, un breu acostament a algunes corrents teòriques de la sociologia, la antropologia mèdica, la filosofia o la pedagogia amb l'intenció de conèixer la idea de subjecte o les mirades a la salut i la malaltia mental que prevalen en cadascuna d'elles i que poden donar pistes per pensar una pràctica educativa transformadora en el camp de la salut mental i el patiment psíquic.

Ahora bé, passar de la teoria a la praxis implica pensar també en com articular tots aquests sabers amb la pràctica específica de l'educació social i des de l'educació social. Sabent de la dificultat d'exercer pràctiques educatives en aquelles institucions on les jerarquies del discurs *psi* consideren a altres disciplines com a subalternes, no és fàcil sostenere la convicció de que també tenim *algo* que dir en el camp de la salut mental. Aquesta dificultat augmenta si tenim en compte com la mateixa pedagogia i les pràctiques educatives estan sent, en gran mesura, colonitzades per un discurs psicologicista, al servei de la "puesta en marcha de los mecanismos de captación de valor de la economía posfordista del deseo o, lo que es lo mismo, la mercantilización directa de la subjetividad" (Solé y Moyano, 2017, p. 2).

Entendemos que una de las funciones de la educación social es la de tratar de incluir socialmente a todo sujeto, siempre, por supuesto, que este desee ser incluido, pero también es indudable que tenemos que sustraernos a la perversa lógica de la inclusión a toda costa, partiendo de lo que *debería ser y no es* (Pié, 2015). En consecuencia, se nos presenta como ineludible pensar en cómo hacer para transitar entre la ley y el deseo, entre la sujeción y la resistencia (García Molina, 2011).

Nos parece importante destacar que, en el presente trabajo, hacemos una distinción entre enfermedad y padecimiento, puesto que la noción de enfermedad está estrechamente ligada al campo biomédico y se orienta hacia la interpretación de determinados estados emocionales como anomalías funcionales del sistema orgánico (Saavedra y Berenzon, 2014). El padecimiento, en cambio, apunta a la percepción subjetiva que una persona tiene sobre su propia experiencia de dolor, que a pesar de ser una expresión individual es también un hecho plenamente social puesto que dicha percepción está moldeada por una mediación de significantes materiales y simbólicos. Ambas nociones constituyen modelos explicativos que operan en los procesos referidos a la organización y construcción de sentido para aquellas experiencias vitales que causan sufrimiento. En el presente artículo pretendemos argumentar el porqué de una toma de posición como educadores orientada a defender la idea de que todo sujeto tiene algún grado de responsabilidad respecto a lo que hace con aquello que le ocurre. Posicionamiento contrario, por tanto, a la consideración como enfermedad de lo que es el padecimiento o sufrimiento psíquico de un sujeto.



Explorando otros territorios conceptuales

Mientras las visiones biomédica y psicológica sobre las enfermedades mentales tienden a individualizar el sufrimiento psíquico, las ciencias sociales son propensas a socializarlo.

Para desarrollar esta afirmación nos aproximaremos a algunas corrientes teóricas de distintas disciplinas de las ciencias sociales, lo que puede permitirnos vislumbrar la noción de sujeto que opera en cada una de ellas. La pretensión no es profundizar en dichas corrientes, sino proyectar solamente una mirada que será inevitablemente muy general, pero que tal vez nos pueda ofrecer algunas herramientas conceptuales para que cada cual tome las que estime oportunas para adaptarlas a las particularidades del contexto socioeducativo en el que desarrolle su práctica profesional.

El funcionalismo sociológico

Una aportación pionera en pensar la enfermedad como un hecho social más que individual fue la de Durkheim, al considerar las causas sociales de una conducta como el suicidio. Este, según el sociólogo francés, podía ser de tres tipos, pero siempre obedeciendo a causas sociales, como son la presión social de los valores; el individualismo, que es producto de una determinada forma de organización social; o la *anomia*, entendida como una disfunción del sistema de normas sociales. Es la estructura organizativa de la sociedad la que conforma las reglas y normas mediante el *consenso social*. El poder que lo social ejerce sobre la subjetividad y el cuerpo, su salud o enfermedad, es tan determinante que para Durkheim el individuo se convierte en sujeto pasivo, sometido a lo social, más que en sujeto activo que es parte de la construcción de lo social.

El funcionalismo es proclive a considerar que la *normalidad* conductual es fruto del consenso adaptativo, mientras que el conflicto, las conductas *desviadas* de la norma (como la enfermedad) son una anomalía, es decir, considera a la enfermedad como una disfunción normativa y, por tanto, social. Por su parte, Foucault (2016) considera que este enfoque no es sino una “ilusión cultural”, común a la sociología de Durkheim y a la psicología, en la que “la sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo al que persigue y encierra” y, por consiguiente, diagnosticando la enfermedad, excluye al enfermo. En este sentido, la locura tiene que ver más con el hombre y con la verdad de sí mismo que el loco sabe percibir (Foucault, 2006) y es sentida como una suerte de espejo que nos confronta con aquello de nosotros mismos que nos negamos a ver. Esa negación alcanza también a la palabra, puesto que, como ya nos advirtió Artaud (2007), “un alienado es en realidad un hombre al que la sociedad se niega a escuchar y al que quiere impedir que exprese determinadas verdades insoportables” (p. 77).

En este sentido, la noción dominante en la sociología durkheimiana, la del consenso como herramienta reguladora de la convivencia social, nos parece cuestionable puesto que, en un modelo de organización social donde las relaciones son esencialmente de explotación, el conflicto es de clase y, por tanto, es permanente e inherente al propio sistema social y no una transgresión puntual de una norma social como pretende el funcionalismo.

La influencia de la teoría social de Durkheim se deja ver en posteriores elaboraciones teóricas como en la sociología médica de Talcott Parsons. Siguiendo a Martínez Hernández (2016), de la influencia funcionalista se desprenden dos conceptos que en la antropología médica tienen un lugar primordial, el *rol del enfermo* y la *carrera del enfermo*. Parsons (1982) sostiene una noción de *rol del enfermo* que considera la enfermedad como una perturbación en el individuo que opera a dos niveles, el biológico y el de *ajuste* social, desajuste que supone una ruptura de las obligaciones sociales del individuo. Para Parsons, el enfermar implica una suspensión de las obligaciones y roles

del sujeto enfermo, en tanto se le considera incapaz y dependiente. Así, no se considera que el sujeto tenga responsabilidad en aquello que le ocurre y debe buscar y aceptar la ayuda de un especialista, mientras está obligado a colaborar en la resolución de la anomalía para reincorporarse a la normalidad social.

Un autor que, si bien en cierta forma toma algunos de los postulados del funcionalismo, no puede ser clasificado dentro de esa corriente es Erving Goffman, quien, partiendo de diversas influencias teóricas, propone una elaborada distinción entre enfermedades físicas y psíquicas. Los síntomas médicos refieren a una disfunción en la normalidad biológica (entendiendo norma como una noción orgánica, amoral y asocial). En cambio, los síntomas psíquicos derivan de las obligaciones y valores sociales y de la transgresión de estos. Para Goffman (2001) esta transgresión provoca una disrupción en el orden organizativo social que conduce a unas prácticas institucionales de coerción o incluso de confinamiento del *enfermo* transgresor, quien sufrirá un *proceso de expropiación* de relaciones y derechos, de *mortificación del yo*. Como resultado del estigma a que son sometidos ciertos grupos sociales a partir de determinadas características individuales diferenciales, se produce lo que Goffman denomina *identidad deteriorada*. En relación con esto, sabemos que la educación social se mueve en campos en los que habitualmente circulan el estigma y los prejuicios y estereotipos asociados al mismo, que retroalimentan mutuamente. Como desarrollaremos más adelante, una práctica educativa que se pretenda inclusiva debería dar espacio a la construcción de un relato propio por parte del sujeto para que este configure una nueva identidad no patologizada.

Para Goffman las conductas *anormales* no significan una ausencia de normas. Estas están presentes en forma de comportamientos y acciones socialmente esperados de los aquejados de trastorno psíquico, los cuales buscarán responder a esas expectativas de algún modo. En este sentido, Goffman se refiere a los *ajustes secundarios* como las estrategias desarrolladas por los *divergentes*, con el fin de estar mejor, estrategias que, sin embargo, muchas veces no suelen coincidir con las expectativas de la institución al respecto de su nuevo yo.

Una crítica a ciertos aspectos de la teoría de Goffman pone el énfasis en la separación radical que el autor hace entre enfermedad psíquica y física, puesto que ha quedado demostrado que también en la enfermedad física tienen un rol importante las categorías sociales, normativas y morales. Un ejemplo de esto lo vemos en la construcción social de la mal llamada discapacidad, que señala aquello que se considera una falta, una carencia o un déficit, negando las diversas formas posibles de funcionalidad corporal y otorgando así un valor superior a determinadas capacidades frente a otras.



El modelo biomédico

La concepción del modelo biomédico sobre la enfermedad y el modo de afrontarla se sitúa en explicaciones puramente biologicistas sobre la causalidad de los sufrimientos físicos o psíquicos y ofreciendo soluciones psicofarmacológicas, dirigidas a la eliminación del síntoma, convirtiendo en enfermedad hechos y comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos (Menéndez, 2009). Se trata de una mutilación del yo (Goffman, 2001) que deriva en una abolición de la subjetividad y de esta manera el discurso biomédico encierra un complejo entramado de sentimientos y experiencias personales, en el reduccionismo simplificador de una categoría única, expresable en un solo concepto. Este concepto, a su vez, se convierte en un significante que circula por el espacio social, simbólicamente cargado, las más de las veces, de prejuicios y connotaciones negativas. El discurso biomédico, estigmatizando y excluyendo otros saberes, se legitima a sí mismo atribuyéndose una eficacia más que cuestionable desde otras perspectivas (Menéndez, 2009). Así, al considerar la enfermedad como una disfunción orgánica, rechaza implícitamente que el contexto socioeconómico, político, familiar, relacional, etc., del sujeto que expresa un padecimiento psíquico deba tenerse en cuenta en el abordaje del sufrimiento.

La fenomenología existencialista

La fenomenología
y el existencialismo
se han
preguntado por la
vivencia existencial
del cuerpo como
experiencia
intersubjetiva y
social

La fenomenología y el existencialismo se han preguntado por la *dimensión impersonal de la experiencia* (Garcés, 2013). Desde estas corrientes, el lugar de centralidad no está ocupado por la enfermedad sino por el cuerpo, por la vivencia existencial del cuerpo como experiencia intersubjetiva y social. El cuerpo es entendido desde una dimensión distinta según cada epistemología existencialista: la individualidad del *yo corporal* (fenomenología), el cuerpo como objeto social (estructuralismo) y el cuerpo como objeto político, en tanto producto social (postestructuralismo). Más allá de sus diferencias epistemológicas, los tres niveles distintos de acercamiento al cuerpo reconocen sin embargo la existencia de las dimensiones culturales, sociales y políticas de la corporalidad (Martínez Hernández, 2016) y, en consecuencia, rechazan implícitamente la idea de *cuerpo segmentado* propio de la tradición cartesiana occidental. En la superación de la falsa dicotomía cuerpo-mente, la emocionalidad cumple un rol de mediación entre los distintos niveles mencionados (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

Así mismo, como señala Merleau-Ponty (1981), la universalidad y el mundo se encuentran en el corazón de la individualidad y del sujeto; así, en tanto que es la intersubjetividad la que nos constituye, la subjetividad ya no puede ser pensada solo como algo individual (Garcés, 2013).

Por su parte, Csordas (1994) establece una distinción entre *cuerpo* y *corporalización* (*embodiment*) o lo que es lo mismo, el cuerpo entendido como territorio físico donde la experiencia se encarna, se corporaliza. Así, se considera la experiencia como base existencial del sujeto, es decir, existimos en tanto que experimentamos vivencias. Se trata de vivencias que están mediadas por lo social, que es previo a nuestra propia existencia objetiva y subjetiva, por un mundo de valores y normas que, aunque nos condiciona, no nos determina. Es decir, si aceptamos la premisa de que la existencia es previa a la esencia, no somos sujetos predeterminados, sino que nos construimos socialmente de manera continuada. Csordas a su vez establece también una distinción entre la *antropología del cuerpo*, que entiende el cuerpo como objeto etnográfico del que parte el estudio, y la *antropología desde el cuerpo*, la experiencia encarnada corporalmente como punto de partida metodológico del análisis.



La hermenéutica. El sujeto, un enigma a descifrar

La hermenéutica trata de desentrañar los significados implícitos en el lenguaje, incluido el simbólico, que varía de un contexto cultural a otro. Esta interpretación de las particularidades de cada sistema cultural permite establecer nociones como la de patrones de comportamiento, la consideración de que ciertas prácticas desviadas no son sino síndromes dependientes de la cultura (Martínez Hernández, 2016). Es decir, cada sistema cultural tiene sus propias formas de regular las conductas, incluidas aquellas desviadas, pero estas formas solo pueden ser comprendidas por el observador, si es capaz de interpretar y aprehender el sentido del universo de significados, propio de esa cultura. Así, esta corriente considera que cultura, individuo y comportamiento están íntimamente relacionados.

Desde la hermenéutica se da gran importancia a la narrativa experiencial del sujeto sobre su sufrimiento. De esta forma, la comprensión de dicha narrativa será posible no solo captando el significado simbólico del contexto cultural sino también el sentido que le otorga el propio sujeto de la narración. En palabras de Martínez Hernández (2016), ese “aventurarse en la dimensión significativa de las expresiones del informante” (p. 36) permite descubrir cómo en un mismo marco cultural conviven distintos saberes, a los que el sujeto otorga un valor propio en el proceso de enfrentar su malestar. En esta línea, que el educador social asuma esa función exégeta de la hermenéutica permite pensar otras formas posibles de actuación socioeducativa en el ámbito de la salud mental que no pasen por la desubjetivación.

En relación con esto, Pié (2014) propone que en tanto que la interacción social está altamente condicionada por los cuerpos, la idea de lo *extraestético* como fórmula para resemantizar la discapacidad permite pensarla desde otro lugar, haciendo del cuerpo “un nuevo texto de escritura donde otros signifi-

ficados se ponen en juego” (p. 107). Señala Pié, siguiendo a Foucault, que el *cuerpo-esencia no existe*, puesto que este está atravesado por el biopoder y en incesante reconstrucción. Esto abre, para aquellos cuerpos (y mentes) capturados por la imposición normativa, una posibilidad con gran potencial político en tanto que son cuerpos refractarios a la normalización, potencia y posibilidades que, a nuestro entender, deberían ser impulsadas por las prácticas de la educación social, tal como desarrollaremos en el apartado final.

Una perspectiva marxista

Desde un enfoque marxista, los síntomas se consideran signos de relaciones sociales naturalizados. Son las relaciones sociales capitalistas, históricas y situadas las que producen enfermedad, pero la biomedicina, deshistorizando y desocializando la enfermedad, logra enmascarar el origen social de la misma con el objetivo de reproducir el orden capitalista dominante. El resultado de esta naturalización es la *reificación mutua de objeto y sujeto* (Lukács, 1969), es decir, el enfermo se reifica y la cosa se personifica, y como consecuencia las personas afectadas por el sufrimiento psíquico han sido históricamente excluidas y su voz, sistemáticamente negada y silenciada.

Los conceptos gramscianos de *hegemonía* y *subalternidad* han tenido una influencia notoria en algunas corrientes antropológicas. Para Gramsci (1967) la función *hegemónica* que el grupo dominante ejerce sobre toda la sociedad sería una relación basada en un supuesto *consenso espontáneo* que la masa subalterna otorga al *grupo básico dominante*. Dicho consenso surge del *prestigio* originado por el propio grupo dominante y su rol en las estructuras de producción de pensamiento. Ahora bien, que se produzca este consenso no implica que la coerción desaparezca, ya que como afirma Gramsci (1967) el aparato estatal “se asegura *legalmente* la disciplina de los grupos activa o pasivamente en *desacuerdo* [o] cuando el consenso espontáneo declina”.

La relación entre hegemonía y subalternidad es una tensa relación de fuerzas. Es desde esas mismas estructuras dominantes que opera la *producción de significados* (Bourdieu y Boltansky, 2009), que los subalternos asimilan acríticamente, haciendo suyos valores y cosmovisiones propias de los dominantes. Esta adhesión del dominado al dominante surge del *habitus* (Bourdieu, 2000) entendido como el conjunto de disposiciones, formas de actuar y de otorgar sentidos que los sujetos internalizan a lo largo de la vida. Estos esquemas funcionan a la vez como formas de reproducción social de los esquemas mismos, que al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación hacen que esta relación parezca natural (Bourdieu, 2000). Así y de forma no consciente, los subalternos construyen la relación de dominación y explotación de la que forman parte. Producto de esta dialéctica de tensiones y resistencias implícitas en la hegemonía, es que surge ese consenso artificioso al que damos el nombre de *normalidad* y que genera un modo de

ver y sentir el mundo compartido en común, una especie de *sentido común*, el cual es sacudido y cuestionado por las distintas formas que toma eso que hemos dado en llamar *la locura*. Desde esta perspectiva crítica se puede afirmar, como desarrollaremos más adelante, que los modos de producción y relación capitalistas son esencialmente enfermantes.



La pedagogía del oprimido

Paulo Freire (1979) desarrolla su filosofía pedagógica en torno a un eje central, la dialéctica opresor-oprimido. La opresión, mediante distintos mecanismos, reproduce el orden dominante y lo hace mediante la *alienación objetiva* en la cual “el sujeto alienado es devorado por su existencia alienada” (Marcuse, 1968). Esto produce lo que Freire denomina *adherencia* de los sujetos oprimidos, mediante la que no solo no son conscientes de las causas de su opresión, sino que, a través de la *prescripción*, es decir, la interiorización y asimilación acrítica de los principios y valores del dominante, los primeros los reproducen socialmente. Así, mediante esta naturalización de las causas de la opresión, están perpetuando la relación de dependencia opresor-oprimido, que a su vez genera un bucle de más dependencia.

Esta interiorización de la opresión por los oprimidos se produce por medio de la educación *bancaria*, cuya naturaleza es *narrativa y discursiva*, narración que necesita de un *sujeto narrante* y un *objeto oyente*, un receptor pasivo. El discurso educativo bancario transmite una idea de la realidad como algo *detenido, estático* y que por lo tanto no puede ser de otra forma a como ya es. Es, así, una educación concebida como el acto *depositario* de transmitir los valores y conocimientos de la minoría dominante, una educación entendida como mecanismo de la ideología de la dominación al servicio de la absolutización de la ignorancia (Santos, 2008).

La consecuencia fundamental de esto es, para Freire, que cuanto más se acostumbren los oprimidos a esta pasividad, mayor será la tendencia a la adaptación en lugar de la transformación del mundo y menos podrán desarrollar la conciencia crítica mediante la cual se daría su *inserción* en él.

La pedagogía del oprimido tiene algo de *proceso socrático* (Santos, 2008) que desvela la sabiduría oculta de los oprimidos presuntamente ignorantes. Un *círculo de la potencia* (Ranciére, 2010) que, poniendo en valor el *no-saber* de los oprimidos, instaura la percepción crítica en la misma acción (Freire, 1979) y, al obligarlo a usar su propia inteligencia, el sujeto se va comprometiendo en la praxis transformadora hacia la emancipación. Ahora bien, para que la acción devenga en auténtica praxis, el saber que de ella resulte ha de ser objeto de reflexión crítica, para que sea una praxis constituyente de la *razón nueva de la conciencia oprimida* (Freire, 1979). Solo la reflexión y la acción pueden permitir superar la contradicción opresor-oprimido. En el

Para Freire, cuanto más se acostumbren los oprimidos a esta pasividad, mayor será la tendencia a la adaptación en lugar de la tendencia a la transformación del mundo

mismo sentido, afirmaba Horkheimer (1974) que la teoría crítica “no obra al servicio de una realidad ya existente: solo expresa su secreto” (p. 248), es decir, el pensamiento crítico ha de servir para desvelar aquello que la realidad esconde, para convertirse en práctica antagónica para la liberación. Freire entiende esta liberación como la *restauración de la intersubjetividad*, para la cual es preciso establecer una práctica dialógica, escuchar y ser escuchado. De ahí la importancia de la palabra en el acto educativo.

Hasta aquí, la breve aproximación a ciertas teorías que desde las ciencias sociales pueden dotarnos de algunas herramientas conceptuales que nos permitan articular una práctica educativa particular, una práctica que nos posibilite incidir de algún modo en la realidad que nos rodea. Como apuntábamos al inicio, dejamos a cada cual la tarea de discernir qué, de lo aquí esbozado, puede serle útil en su práctica cotidiana.

La palabra (dicha y escuchada)

En el circuito institucional el sujeto queda *absorbido como objeto* (Basaglia, 1973) y una respuesta pasaría por situar a la persona en el centro del proceso para recuperar el *lugar de sujeto* que nunca debió perder. Esto, que resulta fácil de enunciar, es más difícil de implementar. Sería preciso para ello [re] inventar nuevos contextos en los que el valor de la palabra y de la escucha ocupe un lugar primordial como condición para que pueda emerger aquello que el sujeto diagnosticado tenga que decir sobre sí mismo, que pueda contar *su* historia con *sus* palabras para que, resignificando su experiencia, pueda construir una nueva narrativa (la suya propia) que lo sitúe en un lugar distinto al que tenía previamente asignado como *enfermo*. Los sujetos de *eso* llamado locura viven *sujetados* por una semántica —construida por otros— que los mantiene *fijados* y, por tanto, inmovilizados. Se impone como necesario, entonces, abrir espacios en los que alojar el dolor del sujeto teniendo en cuenta la dificultad que puede suponer para él encontrar los modos de verbalizar conceptos que puedan expresar a otros su experiencia íntima de sufrimiento. Pese a esa dificultad, la palabra podrá tener la posibilidad de surgir solamente si existe ese contexto donde se dé un valor fundamental a la escucha.

Dar la palabra

Eso que hemos dado en llamar *la realidad* solo puede ser transformada de alguna forma insertándose en ella de manera crítica, mediante una lucha en la que los oprimidos o alienados sean sujetos de palabra y de acción, en tanto que la “palabra resulta inseparable de la acción y de la reflexión con que construimos el mundo” (Salas, 2016, p. 84). De ahí la importancia que

Freire da a la comunicación y el diálogo, que es una *exigencia existencial* y condición indispensable para la transformación. Consideramos que muchos de los aspectos de la pedagogía del oprimido que propuso Freire siguen teniendo plena vigencia y actualidad. Consecuentemente, se torna imprescindible y urgente, entonces, una educación para la emancipación que genere *subjetividades rebeldes y resistentes* (Salas, 2016), una educación que, como proponía Freire, recupere para el ser humano la *vocación ontológica* de humanizarse, de *ser más*. Esto presupone entender la educación como un oficio abierto al porvenir (a lo que pueda venir), apertura que posibilite el acto educativo entendido como “un acontecimiento ético que permite diluir la dicotomía unidireccional de la relación *sujeto/agente*, estableciendo otras formas de relación educativa bidireccionales mediante las cuales ambos enseñan y aprenden” (Giménez Martret, 2017, p. 77). Dar la palabra al sujeto (y escuchar la suya) es lo que puede permitirle acceder a otro lugar simbólico, ubicarse de una forma distinta en el mundo.



Partiendo de una perspectiva que entiende la salud mental comunitaria como un proceso continuado de creación de condiciones de salud en que se da una participación desde la clínica tanto como desde lo social, se puede hablar de campos en diálogo. La articulación de estos campos permite operar en la disminución del sufrimiento psíquico y del estigma social, así como en la producción de subjetividades y recursos simbólicos.

Dar la palabra al sujeto (y escuchar la suya) es lo que puede permitirle acceder a otro lugar simbólico

Pensamos la noción de clínica como dispositivos abiertos a lo imprevisto, una clínica abierta a lo inesperado y al acontecimiento, una *clínica del asombro* (Olivera, 2016), que abre la posibilidad a la producción de contenidos que circulan abiertos hacia una multiplicación inacabada de sentido, puesto que no olvidamos que gran parte de la clínica dominante se encuentra colonizada por un *cientifismo* que pretende despojarla de su dimensión subjetiva (Martínez Westerhausen, 2013).

Esta perspectiva en relación con las nociones de dar lugar a lo inesperado, a lo que pueda acontecer, nos remite a una práctica educativa que en el quehacer cotidiano de nuestro oficio reivindicamos abiertamente, la de Fernand Deligny (1971), que, aunque situada fuera del ámbito psiquiátrico, sí estaba relacionada con el trabajo con las psicosis y abría la posibilidad a “dejar que entre en juego lo imprevisto, que pueda suceder *lo que sea*”.

Escuchar la palabra

Los trastornos mentales en general, y las psicosis en particular, nos obligan a pensar en las diferentes formas de relación del *ser hablante* con la palabra, tal y como propone Percia (2004), para quien la palabra “no es puerta de entrada a una supuesta interioridad”, sino que a veces es una llamada que conoca a una relación posible. No es una meta sino un punto de partida posible.

Estas corrientes teóricas construyen su discurso explicativo acerca de *qué es* la psicosis, desde un saber pretendidamente científico

Las psicosis y aún más la esquizofrenia vertebran, según Geekie (2006), los ejes centrales a partir de los cuales orbitan epistemologías y prácticas en la salud mental occidental. Siendo estas muy diversas y en ocasiones antagónicas, también lo son las explicaciones sobre la naturaleza de las psicosis. En la gran mayoría de casos, estas corrientes teóricas tienen algo en común, construyen su discurso explicativo acerca de *qué es* la psicosis, desde un saber pretendidamente científico elaborando nosologías que excluyen al propio sujeto que ha experimentado el episodio psicótico.

Esta marginación del paciente en la construcción del sentido de la experiencia psicótica tiene, entre otras consecuencias, el disponer de una terminología muy reducida para referirse a una experiencia que aquellos que la viven expresan de maneras muy amplias y diversas (Geekie, 2006). Es una cuestión de principios éticos, pero también una forma de desactivar los discursos hegemónicos dando voz a los *conocimientos subyugados*, el potenciar que sean los sujetos que han vivido la experiencia psicótica quienes construyan modelos explicativos a partir de su conocimiento vivencial. La importancia que para los sujetos tiene poder narrar su historia y dotarla de un sentido propio queda reflejada en el estudio realizado por Geekie. El autor muestra, a través de datos recogidos en su práctica clínica, la variopinta diversidad, en fondo y forma, de los significados y causalidades que los pacientes otorgan a su experiencia personal. En un intento de desvelar la naturaleza de la experiencia psicótica, los participantes narran el *qué* y el *porqué* de su experiencia. Las explicaciones apuntan a causas multifactoriales de tipo psicológico, biológico, social e interpersonal. En lo que respecta al significado subjetivo que la experiencia tiene, este abarca cuestiones éticas, espirituales y existenciales. Es decir, hay una profundidad de reflexión y cuestionamiento acerca de la *naturaleza del yo*, aspectos que como señala Geekie (2016) están prácticamente ausentes de la literatura científica sobre las psicosis. Una cosa es autoexplicarse la experiencia y otra distinta compartirla con otros, por lo que el autor destaca la necesidad expresada por los propios sujetos respecto a poder narrar su experiencia, dándole un sentido. Es decir, que puedan ser *autores* de su propia narración, aunque en algunos casos se puede producir una anulación cuando el sujeto narrante siente infravalorado su punto de vista.

Sin duda, dar la voz a los afectados implica poner en cuestión el discurso hegemónico y las prácticas profesionales en relación al mismo, razón por la cual la psiquiatría dominante prefiere ser quien explique a los sujetos qué les ocurre y porqué. Esta negación del saber, *profano* pero directo, del sujeto que ha vivido la experiencia psicótica impide *arrojar luz sobre la experiencia* al tiempo que obtura la posibilidad de ampliar los límites de los conocimientos sobre las psicosis, que la mirada desde distintas perspectivas y el diálogo entre saberes tecnocientíficos y legos podría permitir y potenciar.

Una propuesta práctica de salud mental colectiva

Un ejemplo vivo y dinámico de cómo la palabra puede darse, encarnarse y circular es la experiencia de Radio La Colifata, nacida en 1991 en la ciudad argentina de Buenos Aires y que fue la primera radio de la historia en emitir desde una institución psiquiátrica, eso que Goffman (2001) dio en llamar *instituciones totales*. La Colifata nos muestra, entre otras cosas, que esa totalidad nunca es tal, no es absoluta, puesto que a pesar del encierro siempre queda algo del sujeto que no se deja capturar, algo inaprensible que queda por fuera de esa pretendida totalidad.

Los logros y la repercusión obtenidas fueron tan importantes, que su experiencia fue replicada en distintos lugares del mundo. Si bien no pretendemos establecer un paralelismo entre ellas, puesto que hay diferencias significativas en las que aquí no entraremos, si queremos apuntar una experiencia muy importante que invitamos a conocer. Se trata de Radio Nikosia, la cual en sus propias palabras “lucha porque la locura, habilitada en su diferencia, pueda ser vista como un espacio posible, una parte más del mapa heterogéneo de toda comunidad” (Correa Urquiza, Arqués y Gonzalo, 2005).

El caso de Radio La Colifata

En un primer análisis del nacimiento de Radio La Colifata llama poderosamente la atención una cuestión que, a nuestro entender, resulta fundamental. Aquello que en el inicio era percibido como una carencia, como una falta, es precisamente lo que, paradójicamente, permitirá al dispositivo constituirse como una metodología innovadora. Es el hecho de no disponer de aparatos de transmisión radiofónica lo que establece las claves que marcarán la diferencia. Muy probablemente si hubieran tenido un equipo desde el inicio, la producción resultante habría sido otra distinta a la que ha sido. El hecho de grabar los programas en el interior del hospital y la posterior necesidad de buscar una salida al exterior, mediante la difusión en radios, públicas o comerciales, posibilita que la palabra de los internos, siempre ignorada y marginada, encuentre una vía de circulación social en la comunidad.

Otro aspecto clave es el hecho de que estas radios grababan la emisión al aire, junto a las aportaciones y preguntas de los oyentes, grabaciones que, a su vez, eran devueltas a La Colifata. Esto generó una comunicación bidireccional interior-exterior, desdibujando en buena medida los límites dentro-fuera de los muros. Es a partir de esta particular dinámica comunicacional que se instituye el *dispositivo abierto radiofónico* y también del saber hacer del psicoanalista, miembro del equipo, que interviene y escucha. La voz del



oyente, que mediante las grabaciones entra posteriormente al hospital, es escuchada por los *internos*, pero no es una escucha neutral y aséptica. En tanto que la palabra de un *otro* (el oyente) interpela al interno, se convierte en una palabra fundacional, que le otorga una existencia de sujeto, lo reconoce socialmente como tal.

Ahora bien, alrededor de un 90% de los internos participantes en la radio están clínicamente categorizados dentro de la psicosis, esa forma específica de *pérdida de la realidad*, que construye el delirio como una tentativa de curación. En la base de todo proceso psicótico está el fracaso de la *metáfora paterna*, lo que Lacan llama la *forclusión del Nombre del Padre*, ese *tercero simbólico* cuya función es regular la inestabilidad fundamental del equilibrio imaginario con el *otro* (Chemama, 2004). Si el inconsciente del *neurótico* está fundado por un mecanismo de represión y estructurado como un lenguaje, en las psicosis tal represión no opera por la ausencia de ese mecanismo, de la misma forma que el sujeto no entra en la simbolización por el lenguaje. Dicho de otro modo, así como el neurótico está en el discurso, se dice que el psicótico está *fuera* del discurso (Peusner, 2010).

En la psicosis,
lo que falla “es
la capacidad de
utilizar el
lenguaje como
representación
que
produzca sentido
a la existencia”

En la psicosis, o mejor dicho como puntualiza Olivera (2016), en la *irrupción del brote psicótico*, lo que falla “es la capacidad de utilizar el lenguaje como representación que produzca sentido a la existencia”. En palabras suyas, la *metáfora delirante* es una tentativa de reemplazar la no-inscripción de la metáfora paterna. Siendo esto así, se pregunta de qué manera un *decir delirante* (Olivera, 2016) puede lograr un *valor de mensaje* para convertirse en comprensible para el *otro* social que escucha, para alcanzar a la *normalidad* social dominante representada por el neurótico.

Para Percia (2004), La Colifata se constituye como un lugar “de enunciación y recepción colectiva. Un espacio para palabras todavía no pronunciadas. Soporte para una metáfora que habla” (p. 129). A ello contribuye la palabra del oyente, que nombrando al otro internado produce unos efectos de *acotamiento del goce* (Olivera, 2016) que en cierto modo puede operar como un intento de *inscripción en lo simbólico*. Por su parte, el interno, al instalar preguntas donde habitan las certezas, opera sobre el imaginario social, posibilitando la deconstrucción de mitos y prejuicios culturales sobre la locura. En este sentido, se puede hablar sin duda de dispositivo para el trabajo en salud mental colectiva, dado que cada participante, desde dentro o fuera de los muros, solidariamente, pone algo de su parte al servicio de otro o, lo que es lo mismo, se da una mutua producción de subjetividad. La respuesta que la propuesta de La Colifata ha obtenido por parte de la comunidad es una demostración de que el dispositivo no apunta solamente a una necesidad de salud de los internos, sino también a la de muchísima gente. Todo ser humano, cualquiera que sea su estructuración psíquica, necesita *reparar* algo, hacia dentro y hacia fuera (Olivera, 2016). Reconocer esto es en cierto modo *normalizar*, igualarnos en el sufrimiento, aunque las formas de expresión de este sean distintas.

Una clave fundamental en todo el proceso es, como apunta Olivera, la acción que realizan los oyentes de investir libidinalmente la palabra del psicótico, ya que *libidinizar* el discurso es una manera de ayudar a producirlo. Para que esto sea posible, es indispensable que el dispositivo sea tan abierto que permita que se puedan dar las condiciones de comunicabilidad de aquello que quien llega trae consigo, aunque sea un delirio.

En resumen, podemos concluir que Radio La Colifata es un proyecto político en tanto que su accionar tiene como efecto la transformación profunda de las instituciones de salud mental (macro), plantea y construye modos distintos de interrelación (micro), a la vez que la toma de decisiones se enmarca en un proceso de trabajo colectivo. Es, así mismo, un proyecto *ético-terapéutico*, porque surge de una ética que, partiendo del *apriorismo* de reconocer al *otro* como sujeto capaz de producir diferencia, genera recursos de producción de subjetividad. Así, ética y política unidas en el accionar educativo muestran tener un potencial con efectos terapéuticos.



Microresistencias posibles desde la educación social

Las microresistencias de los sujetos desajustados a lo que socialmente se espera de ellos, las personas con diagnóstico psiquiátrico que se resisten a someterse a la etiqueta reduccionista de la enfermedad y los profesionales que renuncian a operar desde una lógica *monológica* (Martínez Hernández, 2008) constituyen en sí mismas prácticas políticas. Pueden considerarse políticas en tanto que reivindican la legitimidad de esos procesos de *desajuste* como parte de la capacidad de *agencia* del sujeto y de decisión sobre sí mismo, dando un lugar de centralidad al recorrido biográfico de la persona para que ella pueda construir una nueva narrativa despatologizada sobre sí y actuando siempre, como dispositivos, bajo la premisa del rechazo absoluto a toda forma de “normalización, orden y estructura impositiva” (Pié, 2015, p. 84), a toda dinámica que implique la sujeción del otro, sujeción que no es otra cosa que un *borrarlo* como sujeto.

El malestar individualizado, patologizado y medicalizado es despolitizado por el poder terapéutico (López Petit, 2007), en cambio, si es colectivizado se convierte en un malestar politizado. En palabras del psiquiatra Guillermo Rendueles (2011):

Politizar las tristezas [...] requiere perder la esperanza de mejorar con los fármacos o los consejos que en ellos se prescriben para descubrir la etiología del dolor. Confiar en los otros cercanos más que en un profesional lejano para que alivie mis duelos requiere tiempo de convivencia juntos (p. 96).

Así, colectivizar el malestar y las prácticas para un *mejor estar* ya son en sí mismas prácticas políticas y, a nuestro entender, la única forma posible de pensar el trabajo educativo en salud mental.

Los profesionales deben cuestionarse y deben dudar de la propia praxis, conferir la marca de singularidad a los mínimos gestos

Esto implica necesariamente que los mismos profesionales han de situarse en un lugar distinto y sostener esa posición de horizontalidad que permita cuestionar y dudar de la propia praxis, conferir la marca de singularidad a los mínimos gestos y encuentros (Guattari, 1996), evitando así caer en posiciones de producción y reproducción de prácticas de dominación.

Horizontalidad que no es sinónimo de simetría, sino de posición que establece una relación que, aun siendo asimétrica, no tiene por qué ser jerárquica (Giménez Martret, 2017) y a través de la cual, como nos mostró Freire, no se busca la creación de un ser-objeto, sino de un ser-sujeto. Para que esto sea posible, es preciso desvincularse de aquellas prácticas paternalistas o asistencialistas basadas en la generación de dependencias, que no son sino posiciones de poder y dominación, para dotarlas de esa paridad que reconoce sujetos de derecho y, con ello, el potencial humanizante del acto educativo. Es en este sentido que Cornu (2017) afirma que “si se busca tender a la emancipación por encima de las desnivelaciones que alimentan las dependencias, se requiere un vuelco completo: sostener una igualdad en la asimetría de lugares” (p. 101).

Pensar el trabajo colectivo desde fuera de un marco conceptual clínico permite situarse en un espacio social comunitario, entendido como productor de nuevos sentidos para los sujetos de la locura. A partir de las praxis que surjan de dichos contextos colectivos puede posibilitarse que el sujeto elabore una nueva narrativa sobre sí mismo que, alejándole de la identidad patologizada, le sitúe en un lugar distinto, desenfermando su identidad, es decir que esta pueda ser construida y contemplada más allá de la noción de enfermo mental (Correa-Urquiza, 2012). En este sentido, podríamos decir que lo terapéutico (si es que se da) no sería el objetivo original del trabajo educativo, sino un efecto posible del hecho de sentirse parte integrada de la comunidad.

En tal sentido, señala Pié (2011, p. 263) que el educador no educa, sino que “articula territorios que posibilitan experiencias vitales que son las que verdaderamente educan”. En esta línea, podríamos decir que el educador no *cura* pero habilita escenarios que posibilitan *experiencias vitales* que tal vez (y solo tal vez) pueden tener unos efectos terapéuticos. En relación con esto, Olivera (2016) habla de espacios *en* salud y no *de* salud, en tanto que la salud no es producida por el espacio sino por las condiciones que puedan articularse en dicho espacio. Así pues, desde la educación social deberíamos apostar por habilitar dispositivos educativos en los que la etiqueta diagnóstica con la que cargan los participantes quede en suspenso, expulsada del espacio colectivo. Eso no significa negar la existencia de la “enfermedad” como tal, sino rechazar abiertamente que esta constituya la identidad de la persona con padecimiento psíquico, al tiempo que se reivindica que el sujeto sea el

eje y el protagonista de su propio proceso. Para que esto sea posible, ha de darse una conjunción de saberes que imprescindiblemente incluya el reconocimiento del *saber profano* (Correa-Urquiza, 2009), aquel que surge de la experiencia de sufrimiento en el propio cuerpo, “un saber que es producto de la elaboración de las vivencias que determinan y corporizan el sufrimiento, que constituye en sí mismo un tipo de conocimiento con posibles aplicaciones prácticas y efectivas” (Correa-Urquiza, 2014).

Desarrollar espacios colectivos de atención que operen desde lógicas distintas a la manicomial supone, en palabras de Correa-Urquiza (2012), crear

nuevos dispositivos de escucha y acción social que funcionen dentro de la comunidad desde lógicas relativas a lo comunitario. Esto implicaría que el sujeto acceda a la oportunidad de abandonar sus status y roles de paciente, de enfermo mental, para volver a ser fundamentalmente persona, para acceder a la opción de re-articular su identidad, de decidir qué, quién y de qué manera quiere editar y reestructurar su presencia social. Su lugar en el todo colectivo (p. 3).

Entendemos en este contexto la idea de *acceder* desde la doble acepción del término, que no se le imposibilite el acceso y que el sujeto por su parte acceda, es decir, que consienta en traspasar ese umbral que lleva de la pasividad del paciente al rol activo del actor del proceso. En relación con esto, es importante destacar, como hace Correa-Urquiza (2012), que la posibilidad de tomar ese rol activo y una resignificación de la propia identidad pasa inevitablemente por liberar la palabra de la carga semántica dominante en lo relacionado con la locura. Solo la proposición y circulación de nuevos sentidos y significados puede hacer algo por desactivar el gran peso de estigmatización social que dicha semántica promueve.

En este sentido, podemos decir que el viejo discurso asistencial, la exclusión de la locura, la lógica de encierro del manicomio, etc., siguen hoy operando con igual intensidad, aunque sea bajo distintas formas estructurales y simbólicas. Ciertamente, en la actualidad se encierra menos a los sujetos entre muros institucionales físicos, puesto que han sido mayoritariamente sustituidos por los *muros* neuroquímicos (Martínez Hernández, 2013) y las camisas de fuerza reemplazadas por una amplia oferta de neurolépticos, ansiolíticos y otras drogas farmacológicas, sustancias que, camuflando los síntomas, impiden que estos puedan ser entendidos como un mensaje del sujeto que *espera un desciframiento* (Baldiz, 2007), con lo cual parece innegable que sigue operando la lógica de *silenciar la angustia por prescripción médica* (Pié, 2012). Esto comporta, además, la condena a un encierro dentro de sí mismos, en la individualidad más feroz. Una individualidad tan internalizada como instrumento de dominación invisible, que incluso es reclamada y exigida por grandes capas de la sociedad. Es lo que Correa-Urquiza (2015) define como una fusión entre las *técnicas de dominación* y las *técnicas del sí mismo*, las cuales comportan hoy un efecto de autodominación en el sujeto.



Solo la proposición y circulación de nuevos sentidos y significados puede hacer algo por desactivar el gran peso de estigmatización social que dicha semántica promueve

En este sentido, Marcuse (1968) ya nos advirtió que “la libre elección de amos no suprime ni a los amos ni a los esclavos” (p. 38). Poder revelar esta certeza vuelve más necesario que nunca la exigencia ética de recuperar lo político, *devolviendo al sujeto su historia* (Correa-Urquiza, 2015).

Un malestar que es político

Actualmente podemos afirmar sin reparos que el capitalismo es causa de enfermedad. Como nos recuerda Lipovetsky (2010), “cuanto más triunfa el *consumo-mundo*, más se multiplican las desorganizaciones de la vida mental, el sufrimiento psicológico, el esfuerzo de vivir” (p. 192). De este modo, socavar poco a poco el monopolio gubernamental de la realidad (Foucault, 1996) que en el presente ya no está en manos de los gobiernos, sino del capital, significa comprender que realidad y capital son hoy una misma cosa, una realidad obvia en tanto que se nos presenta como única e insuperable (López Petit, 2003). Entonces, poder superar la obvedad de esta realidad plenamente capitalista (López Petit, 2009) o, cuanto menos, una tentativa de socavarla, pasa necesariamente por la construcción de espacios, dispositivos y saberes colectivos y comunitarios, tanto en el ámbito de la salud mental como en cualquier otro campo de lo social en el que tenga lugar la educación social. Como señala Barthes (1992), “no es posible pensar en una sociedad libre si se acepta de entrada preservar en ella los antiguos lugares de escucha: los del creyente, del discípulo y del paciente” (p. 255).

Pensar una institución o estructura social cuya finalidad, como propone Basaglia (1973), no esté dirigida a la producción, entendida en el sentido económico clásico, si no orientada al sujeto y sus condiciones de vida, produce sin duda efectos distintos. Será preciso también entender, para intentar transformarlas, el modo en que determinadas prácticas, saberes y discursos nos “hacen ser” de una forma determinada, para poder pensar otras formas posibles de ser (Jordana, 2018).

Resignificar políticamente la noción misma de enfermedad puede permitir producir otros efectos que contribuyan a un *mejor estar del sujeto*

Para abrirse a este mundo de posibilidades nuevas, entendemos que el educador ha de tomar necesariamente un posicionamiento que le permita no sucumbir al *sociototalitarismo de la normalidad* (Leo, 2010) que impone el discurso hegemónico. En tanto que el discurso psiquiátrico dominante, eso que Artaud (1988) definió como *jurisdicción soberana y terrible*, que da a la psiquiatría el *derecho de medir el espíritu*, es un discurso que defiende los límites de la norma, parece obvio que existe una relación entre psiquiatría y política (Basaglia, 1973). Coincidimos con el autor en que la política no cura, pero sí que hace enfermar con una definición que tiene un significado político y, por tanto, unos efectos también políticos. Si esto es así, entonces resignificar políticamente la noción misma de enfermedad, dotar de otro sentido al significante, repolitizarlo, nos puede permitir producir otros efectos que –aunque tal vez no curen (o tal vez sí)– contribuyan a un *mejor estar del sujeto*.

Renunciar a las soluciones de corte asistencialista requiere a su vez inventar espacios en los que sea posible acoger los *estados de conflictividad* (Percia, 2004). Al mismo tiempo, proponemos hacer extensible la idea de conflictividad a los educadores, pensar si somos hacedores de soluciones o, más bien, si determinadas prácticas que se pretenden educativas son, en sí mismas, parte del problema generador de exclusiones diversas. En definitiva, como poéticamente nos propone Skliar (2014), “la cuestión a indagar es el sí mismo, el problema es el nosotros mismos, cada vez que lo igual, lo común y lo normal son pronunciados como origen y centro del universo” (p. 27). Pensarnos a nosotros mismos como parte del problema puede permitirnos, quizás, ser parte de la solución.



Entender la educación social como una toma de posición, que da la palabra, más que la toma, que escucha la del otro en lugar de imponer la suya, que valora al sujeto contra el objeto, lo heterogéneo sobre lo homogéneo, lo particular frente a lo universal. Una universalidad que nada tiene que ver ya con el ideal kantiano, puesto que hoy “lo único que es universal en el capitalismo es el mercado” (Deleuze y Guattari, 2001, p. 107). Frente a esto, si se pretende una acción educativa que incida en los procesos de transformación subjetiva –la propia y la de aquellos otros con quienes trabajamos– no cabe otra opción que, como nos sugiere Deleuze (2012), “apelar a producciones de subjetividad susceptibles de ofrecer resistencias a esta nueva forma de dominación [la del control abierto y constante] muy diferente a la disciplinaria” (p. 22). En un sentido similar, Leo (2011) nos anima a “no tomar al sujeto de la educación como un ser diagnosticado, adjetivado, sabido de antemano, sino a modo de enigma, como una hipótesis y una pregunta a resolver que nos invita al trabajo” (p. 135). Es desde esta posición hermenéutica de *mirar al otro* como un enigma a descifrar que se abren nuevas posibilidades y escenarios para trabajar, desde lo educativo, en el ámbito de la salud mental colectiva.

En consecuencia, entendemos que la educación social ha de rehuir de la idea, que ha acabado convirtiéndose en dogma supuestamente progresista, que pretende que hemos de ponernos en el lugar del otro. Por el contrario, pensamos que la esencia del oficio de educador es, sobre todo, no renunciar en ningún caso a asumir la responsabilidad de ser el *otro* que el sujeto de la educación (y cualquier sujeto) necesita para poder ser “otro” (Fryd y Silva, 2010, p. 14). Renunciar a ocupar ese lugar implica que el educador dimite de la función más esencial de su oficio.

Conclusiones

Este trabajo tenía por objetivo pensar maneras posibles de mirar la salud mental desde la educación social, explorar qué nociones de otras disciplinas nos pueden servir para armar un discurso que permita sostener unas prácticas

que puedan ser integradoras y habilitadoras del sujeto. Hemos incursionado en otros territorios como la antropología, la sociología, la filosofía y, por supuesto, la pedagogía.

Hemos concluido que solo pueden ser prácticas integradoras aquellas que pongan al sujeto de la salud mental en el centro de la acción, puesto que no hay inclusión posible sin un reconocimiento activo del sujeto. Este reconocimiento pasa necesariamente por dar valor a la palabra del sujeto y a la escucha de la misma, poniendo en cuestión las prácticas discursivas hegemónicas, para lo cual es preciso habilitar o (re)inventar espacios y dispositivos donde esa palabra pueda ser enunciada y puesta en circulación.

Hemos mostrado cómo estos planteamientos teóricos se materializan en un caso práctico como el de Radio La Colifata.

Así mismo, nos ha parecido fundamental distinguir entre la noción de enfermedad, ligada a la semántica biomédica, para oponerle la noción de padecimiento psíquico, orientada a la percepción subjetiva (Saavedra y Berenzon, 2014). Esta segunda posición permite, además, que el sujeto pueda elaborar una nueva narrativa despatologizada sobre sí mismo y sobre aquello que le sucede, poniendo así en valor el *no-saber* de los oprimidos (Freire, 1979). Consideramos necesaria una cierta noción hermenéutica que permita decodificar los signos lingüísticos y simbólicos presentes en toda construcción discursiva, para lograr en lo posible una comprensión de la lógica operante en cada práctica. Rescatamos la noción de concebir el cuerpo como un objeto político socialmente construido y la necesidad de que una deconstrucción de la lógica dominante solo puede venir de una práctica que ha de ser también necesariamente política. Aceptando y compartiendo la idea de que el capitalismo enferma, esa práctica política, en consecuencia, debe fomentar procesos de producción de sentido y de relación social, radicalmente distintos a los promovidos por el modelo capitalista.

Una praxis que otorgue un lugar de centralidad a las personas, acogiéndolas, escuchándolas, no poniendo obstáculos, ni simbólicos, ni teóricos ni prácticos, posibilitando que sean los autores de sus propias narrativas experienciales, siendo coparticipes –ellos y nosotros– de la construcción de múltiples saberes compartidos.

Defendemos una educación experiencial abierta al acontecimiento inesperado, a que lo imprevisto pueda suceder, una educación emancipatoria

Defendemos, en definitiva, una educación experiencial (y experimental) abierta al acontecimiento inesperado (Olivera, 2016), a que lo imprevisto pueda suceder (Deligny, 1971), una educación emancipatoria que solamente puede ser aquella que genere subjetividades rebeldes y resistentes (Salas, 2016). Una educación social crítica, entendida como ejercicio de resistencia frente a los discursos y las prácticas de dominación, poniendo en juego microresistencias cotidianas que se opongan a la irrefrenable tendencia hacia

“la ficción sanitaria y la psiquiatrización de la vida cotidiana” (Solé y Moyano, 2017, p. 105) que invade los discursos y los espacios educativos. Frente a esto, una forma de resistencia eficaz nos parece sin duda la que plantea Pié (2015), la de ser un educador *hermeneuta*, capaz de interpretar la *multidimensionalidad* entendida como cambio radical en la teoría explicativa del cómo y el porqué del proceso social, económico y político del enfermar.



Ricard Giménez Martret
Educador social
Profesor del grado de Educación Social
Universitat Oberta de Catalunya
Miembro de la Taula de Reflexió en Educació Social (La TreS)
Miembro del grupo Clínica i Educació (CiE)
rgimenezmart@uoc.edu

Bibliografía

- Artaud, A.** (2007). *Van Gogh, el suicidado por la sociedad*. Buenos Aires: Argonauta.
- Artaud, A.** (1988). Carta a los directores de asilos de locos. En *Cartas a los poderes*. Buenos Aires: Argonauta.
- Baldiz, M.** (2007). El psicoanálisis frente al discurso del Amo contemporáneo. En *La sociedad terapéutica. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida 3-4*. Barcelona: Espai en Blanc, Bellaterra, 105-118.
- Barthes, R.** (1992). *Lo obvio y lo obtuso*. Barcelona: Paidós.
- Basaglia, F.; Basaglia Ongaro, F.** (1973). *La mayoría marginada. La ideología del control social*. Barcelona: Laia.
- Bourdieu, P.** (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P.; Boltanski, L.** (2009). *La producción de la ideología dominante*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Correa-Urquiza, M.** (2014). Radio Nikosia: Motín en la nave de los locos. En *Rethinking Madness. Interdisciplinary and multicultural reflections*. InterDisciplinary Press. Oxford-United Kingdom.
- Correa-Urquiza, M.** (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En Desviat, M.; Moreno, A. [eds]. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 885-894.
- Correa-Urquiza, M.** (2009). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral. Universitat Rovira Virgili: Tarragona.
- Correa-Urquiza, M.; Arqués, E.; Gonzalo, N.** (2005). Prólogo. Emitiendo en el vaivén. En AA.VV. *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.

- Chemama, R.; Vandermersch, B.** (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cornu, L.** (2017) Acompañar: el oficio de hacer humanidad. En Frigerio, Korinfeld, Rodríguez (coords.). *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo*. Buenos Aires: Noveduc, 101-116.
- Csordas, T.** (1994). *Embodiment and Experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Deleuze, G.** (2012). ¿Qué es un dispositivo? En Deleuze, Tiqqun. *Contribución a la guerra en curso*. Madrid: Errata Naturae, 9-25.
- Deleuze, G.; Guattari, F.** (2001). ¿Qué es la filosofía? Barcelona: Anagrama.
- Deligny, F.** (1971). El grupo y la demanda. A propósito de la Gran Cordada. En Deligny, F. *Los vagabundos eficaces*. Barcelona: Estela.
- Foucault, M.** (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M.** (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: FCE.
- Foucault, M.** (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Freire, P.** (1979) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- Fryd, P.; Silva, D.** (2010). Una experiencia de producción de conocimiento en educación social. En Fryd, Silva (coords.). *Responsabilidad, pensamiento y acción*. Barcelona Gedisa, 11-17.
- Garcés, M.** (2013). *Un mundo común*. Barcelona: Bellaterra.
- García Molina, J.** (2011). Agentes dobles. En Sáez, García. (coords). *Metáforas del educador*. Valencia: Nau Llibres, 15-20.
- Geekie, J.** (2006). *Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas*. En Read, Moshe, Bentall [comps] *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 181-195.
- Giménez Martret, R.** (2017). *Pensamiento libertario y educación social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Laboratorio de educación social.
- Goffman, E.** (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gramsci, A.** (1967). *La formación de los intelectuales*. México: Grijalbo.
- Guattari, F.** (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Horkheimer, M.** (1974). *Teoría crítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jordana, E.** (2018). Gobierno biopolítico del malestar e infraestructuras de cuidado. En Solé, J. y Pié, A. [coords.]. *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*. Barcelona: Icaria, 73-108.
- Julià, A.** (2005). La salud mental en el corazón de la educación social. En *Revista de Educación Social, núm. 3, enero 2005* [Monográfico Salud mental y educación social].
- Leo, J. M.** (2010). El encuentro con la psicosis, el trabajo del educador. *L'interrogant, núm. 11*. Barcelona: Fundació Nou Barris, 38-40.
- Lipovetsky, G.** (2010). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.
- López Petit, S.** (2009). *La movilización global. Breve tratado para atacar la realidad*. Madrid: Traficantes de Sueños.

- López Petit, S.** (2007). Politizaciones apolíticas. En *La sociedad terapéutica. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida* 3-4. Barcelona: Espai en Blanc; Bellaterra, 15-34.
- López Petit, S.** (2003). *El infinito y la nada. El querer vivir como desafío*. Barcelona: Bellaterra.
- Luckács, G.** (1969). *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*. México: Grijalbo.
- Marcuse, H.** (1968). *El hombre unidimensional*. Barcelona: Seix Barral.
- Martínez Hernández, A.** (2016). *Contribuciones antropológicas a la salud mental*. En Pié, A. [coord]. *Estrategias antropológicas y pedagógicas en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 13-70.
- Martínez Hernández, A.** (2013). Fuera de escena: la locura, lo obscuro y el sentido común. En Martínez Hernández; DiGiacomo; Masana (Eds.). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Universitat Rovira Virgili, 199-220.
- Martínez Hernández, A.** (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez Westerhausen, A.** (2013). El autismo no es una epidemia del siglo XXI. En Monseny, J. [coord]. *El autismo, un reto para la colaboración entre clínicos y pedagogos*. Barcelona: Horsori, 9-20.
- 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.** (1981). *La fenomenología de la percepción*. Barcelona: Gedisa.
- Olivera, A.** (2016). *Experiencias innovadoras en el ámbito de la salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Parsons, T.** (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Percia, M.** (2004). *Deliberar las psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Peusner, P.** (2010). *Reinventar la debilidad mental. Reflexiones psicoanalíticas en torno a un concepto maldito*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pié, A.** (2015). Hegemonía, subalternidad y participación social. En Pié, A. (coord). *Salud mental colectiva I. Participación, inclusión y ciudadanía*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 63-125.
- Pié, A.** (2014). *Por una corporeidad postmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Pié, A.** (2012). Diálogos entre juventud y locura. En García Molina (coord). *Pensar, mirar, exponerse*. Valencia: Nau Llibres, 153-160.
- Pié, A.** (2011). Manifiesto contrapedagógico. En Moyano; Planella [coords]. *Voces de la educación social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 255-268.
- Ranciére, J.** (2010). *El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Barcelona: Laertes.
- Rendueles, G.** (2011). El estado de malestar. En *El Estado Mental I. Tenemos que hablar*. Madrid: El Estado Mental, S.L., 81-96.



- Saavedra, N.; Berenzon, S.** (2014). Tés, medicamentos, grupos de autoayuda. Trayectorias de atención y salud mental en la Ciudad de México. En Brigidi, S.; Comelles, J.M. [eds.] (2014). *Locuras, culturas e historia*. Tarragona: Universitat Rovira Virgili, 105-128.
- Santos, M.** (2008). Ideas filosóficas que fundamentan la filosofía de Paulo Freire. En *Revista Iberoamericana de educación*, 46, 155-173.
- Salas, M.** (2016). Freire y la locura: estrategias pedagógicas desde saberes hechos de experiencia. En Pié, A. [coord]. *Estrategias antropológicas y pedagógicas en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 71-112.
- Scheper-Hughes, N.; Lock, M.** (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1.
- Skliar, C.** (2014). La belleza deficiente. Prólogo. En Pié, A. (2014). *Por una corporeidad postmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 19-30.
- Solé, J.; Moyano, S.** (2017). La colonización Psi del discurso educativo. En *Foro de Educación*, v. 15, núm. 23, julio-diciembre 2017, 101-120.