

Disputas y avatares en torno al sujeto de la salud mental colectiva

Discussions and events about collective mental health's subject

Beatriz Elena Arias López¹

<http://orcid.org/0000-0002-3326-0402>

Resumen

En este artículo se presenta un panorama del tránsito por distintos paradigmas de la salud mental desde una pretendida objetividad centrada en la enfermedad hacia un campo complejo, social y cultural en permanente interpelación, desde un poder centrado en el saber *psi*, hacia una democratización o un reparto de poderes entre disciplinas y saberes legos, que posicionan la salud mental en su carácter relacional e histórico. Estos tránsitos instalan la pregunta por el sujeto de la salud mental, lo que nos sugiere pasar de su borramiento, enmascarado por la etiqueta diagnóstica y la enfermedad, para asomarnos a la emergencia de un sujeto historizado que, si bien sufre, también resiste a través de su capacidad de agencia y transformación. Este planteamiento resuena con la salud colectiva latinoamericana al considerar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte como producción social en disputa, que permite nuevos sentidos para la salud mental y sus derivas prácticas.

Palabras clave: salud mental, salud colectiva, medicina social, sujeto-sufriente-resistente

Abstract

This article presents an overview of the transit through different paradigms of mental health from a supposed objectivity centered on illness towards a complex, social and cultural field in permanent interpellation, from a power centered on *psi* knowledge, towards a democratization or a sharing of power between disciplines and lay knowledge, that position mental health in its relational and historical character. These transitions raise the question of the subject of mental health, which suggests that we move from its erasure, masked by the diagnostic label and illness, to the emergence of a historicised subject who, while suffering, also resists through his or her capacity for agency and transformation. This approach resonates with Latin American collective health by considering the health-illness-care-care-death process as a contested social production, which allows for new meanings for mental health and its practical derivations.

Keywords: Mental Health, Collective Health, Social Medicine, Resistant-suffering-subject

1 Doctora en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (Argentina). Magister en Educación y Desarrollo Comunitario por la Universidad Surcolombiana, CINDE (Colombia). Enfermera por la Universidad de Antioquia (Colombia). Docente Titular adscrita al Departamento de Posgrados de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Investigadora Senior en el Ministerio de Ciencia y Tecnología - Miniencias (Colombia).

Introducción

La salud mental sigue siendo un campo en disputa, no solo porque puede nombrar indistintamente un estado, una dimensión o un movimiento social de base comunitaria (Bertolote, 2008), sino también por la homologación que suele hacerse con la psiquiatría, la higiene mental u otros campos, lo que conlleva a que sea una noción ambigua y borrosa con la que se nombran asuntos a veces antagónicos, a veces complementarios, que además ingresa a la enunciación coloquial para expresar malestares o aspiraciones presentes en conversaciones e intereses diversos. En la salud mental convergen desde opciones ideales de una vida sin sufrimientos, hasta pretensiones de reducir nuestra vida de relación a indicadores universales (Caponi, 2010; Furtos, 2007), en un abanico variado que la mantiene en la escena de conversación, a veces como aspecto marginalizado de los intereses del más amplio campo de la salud o con un tono amplificado, como ha sucedido recientemente con la pandemia por COVID-19, donde ha aparecido con vigor para interrogar la situación del personal sanitario y de la población en general (Bhattacharjee & Acharya, 2020; David et al., 2021; Gagliardi et al., 2021; García-Arroyo, 2022).

Esto muestra la vigencia de sus debates, que en el caso concreto de este artículo se circunscribe a presentar las disputas y avatares en torno a la noción de sujeto que subyace en las distintas aproximaciones, cuyo contexto temporal y espacial data de lo que sucedía en Europa en el siglo XVIII con sus espacios de protección y acogida para mendigos o personas necesitadas de comprensión y ayuda, que posteriormente en el siglo XIX dio lugar al surgimiento de la psiquiatría con sus dispositivos jurídicos, epistémicos y asistenciales (Galende, 2008, 2015).

Este punto de referencia se contrasta con la declaratoria explícita de un campo en el que se ponen en juego los aspectos subjetivo, relacional y sensible del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, por lo tanto, un escenario de disputas micropolíticas que son expresión de la intersección entre lo macroestructural y lo microsocioal. Estos últimos plantea-

mientos son nutridos por los aportes de la medicina social/salud colectiva latinoamericana, cuya premisa fundamental es entender que el proceso señalado se genera en el mundo social, en una perspectiva histórica de producción, determinado económica y políticamente y modulado por contextos culturales específicos (Ruiz Eslava, 2009; Stolkiner y Ardila, 2012). De allí que la enfermedad, las etiquetas diagnósticas, las taxonomías especializadas y los actos técnicos profesionales pierdan centralidad para posicionar los sujetos con sus mundos vitales singulares en su expresión, enunciación y prácticas, es decir, acentuar el lugar de los sujetos y sus subjetividades, más allá de la dicotomía salud física/salud mental (Bang, 2016).

Este artículo pretende presentar el tránsito de un paradigma morbicentrico en salud mental, que anula y borra al sujeto, hacia uno de tipo biocéntrico, que pone el foco en un sujeto historizado con su biografía, sus múltiples relatos y acciones, sus trayectorias, sus sufrimientos y su capacidad de agenciar, transformar e instituir formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los Otros y con lo Otro, en medio de resistencias y luchas cotidianas que también deben interpelar formas sutiles de control y disciplina bajo el lema de la libertad de elección (Han, 2014) o la búsqueda de la felicidad individualista de las sociedades contemporáneas.

La pregunta por este sujeto atiende tanto un propósito ético como un propósito político en el campo de la salud mental, urgente en momentos de exacerbación de inequidades y dominación refinada. Para ello, en la primera parte se presentará un panorama de las transiciones en la noción de sujeto que han acompañado las distintas perspectivas en salud mental, haciendo la salvedad que estas no constituyen momentos de un camino ya andado, sino que permanecen bajo la lógica de capas de acción y comprensión que se solapan y se mantienen en la praxis de la salud mental, con matices diversos. Para efectos de este análisis se presentan desde un punto de vista esquemático que no necesariamente se expresa de forma purista en el campo, resaltando los aportes de la salud colectiva latinoamericana y

el sentido que cobra en dos posturas que surgen en este contexto como son las del *buen vivir* de las comunidades andinas y el *vivir sabroso* de las comunidades afrodescendientes; posteriormente se plantea la propuesta de sujeto-sufriente-resistente como una opción comprensiva – en todo caso transitoria y abierta, para un campo renovado y crítico.

1. Las transiciones en la noción de sujeto en la salud mental

Como lo mencionamos anteriormente, la salud mental surge de los debates sobre la psiquiatría. Esta hace su aparición en el siglo XIX, en el contexto de la posrevolución francesa, en medio del auge del pensamiento positivista. En dicho contexto las personas que mostraban comportamientos por fuera de la norma social empezaron a ser clasificadas como locas o anormales, asociando estos comportamientos con explicaciones causales de tipo orgánico y con un imaginario de peligrosidad que prevalece hasta hoy. En la organización social de la época, el médico recibió la delegación de funciones jurídicas, con potestad para tomar decisiones sobre internación y encierro, lo que dio lugar a que en toda Europa se extendiera una red de hospitales psiquiátricos y para inicios del siglo XX, una serie de colonias de rehabilitación para pacientes crónicos que no podían reintegrarse a su vida social. Afirma Galende (2008) que, bajo esta lógica, el discurso médico y la enfermedad tomaron el lugar central sustituyendo al sujeto, el cual desapareció, ya que la enfermedad mental – centro de la propuesta – parecía estar por fuera de su experiencia y por lo tanto de su palabra, obedeciendo a un orden racional, anclado a leyes y normas establecidas desde el saber técnico y a una lógica de relación causal que necesariamente conllevó a modelos de disciplinamiento social legitimados institucional y socialmente.

No obstante, a pesar de la hegemonía de estas formas de comprensión y práctica, también se hicieron oír voces críticas. Entre ellas, en la primera mitad del siglo XX, Karl Jaspers abogaba por la reintegración del paciente a la sociedad y

por el reconocimiento del carácter humano de la locura, tomando herramientas de la filosofía y las ciencias sociales (Galende, 2008) y más tarde, en 1950, en el periodo de la segunda posguerra, aparece la Salud Mental, para referirse a un movimiento político e ideológico interesado en la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la calidad de su tratamiento (Bertolote, 2008). Este movimiento se alimentó de las discusiones presentes al interior de la psiquiatría, y de los debates que asuntos como los juicios de Nuremberg pusieron a aquel cuerpo discursivo, con sus dispositivos y estrategias, haciendo un llamado a revisar las instituciones asilares y las prácticas psiquiátricas. En la segunda mitad del siglo XX esto derivó en reformas psiquiátricas importantes como la de Italia liderada por Franco Basaglia o las de pos-dictadura en España, con sus impactos en Brasil y otros países latinoamericanos, discusiones que se mantienen vivas con mayor o menor intensidad, con acentos diferenciados en relación con las luchas antimanicomiales o incluso acercándose a otras pujas por fuera de la enfermedad mental. De todas maneras, la herencia que nos deja la lógica psiquiátrica es el borramiento del sujeto como portador y sabedor de su experiencia, enajenado de sí mismo, silenciado por los dispositivos epistémicos y técnicos, atrapado y totalizado por unas formas de enunciación y etiquetamiento legitimadas, desprovisto de su palabra, singularidad y contexto.

Para el siglo XXI, estas formas de acercamiento sin duda se han diversificado, con distintas perspectivas (Hernández-Holguín, 2020) y matices, que igualmente proponen un posicionamiento diferencial para el sujeto de la salud mental. Por un lado, encontramos acercamientos desde una perspectiva biomédica y conductual, heredera del proceder psiquiátrico que, como aquella, pone su foco en la enfermedad y el trastorno, adicionando los factores de riesgo y de protección bajo una lógica de análisis causal. Dado que en sus modelos explicativos se entrecruzan orientaciones anatomoclínicas, fisiopatológicas, etiopatológicas, epidemiológicas y funcionalistas, el sujeto termina distanciándose, pues son las regularida-

des/irregularidades las que priman en la comprensión, las que en cualquier caso son fijadas desde saberes expertos. Esta cercanía con lógicas universalistas de comprensión va en contravía de acercamientos situados en el sujeto y sus trayectorias, lo que se anula y es ocupado por el etiquetamiento diagnóstico, donde los contextos de vida quedan reducidos a factores de riesgo desarticulados (Augsburger, 2002; Augsburger y Gerlero, 2005).

En segundo lugar, aparecen acercamientos a la salud mental con las nociones del bienestar y las potencialidades procedentes de la psicología y el psicoanálisis, que encuentran resonantes las ideas de autorrealización, control sobre el entorno y satisfacción percibida (Hernández-Holguín, 2020). Bajo esta forma de aproximación, la enfermedad como entidad fija universal identificable, cede su lugar a una realidad intrapsíquica, en tensión con una realidad intersubjetiva. Esta pugna puede entenderse, según distintas aproximaciones, como dos objetos ontológicos diferentes o como dos sujetos diferentes. En el último caso sería un sujeto aislado con sus luchas internas o bien un sujeto articulado a la otredad, que, para efectos de nuestro análisis, puede restringirlo al aislamiento de una experiencia solipsista, pero igualmente posibilitarle una relacionalidad y un reforzamiento de sus vínculos sociales (Paciuk, 2008), sin descartar la posibilidad de coexistencia no excluyente. Esto es, un sujeto que tiene una introspección, que no le niega su vida relacional (Green, 2014). A pesar de estas divergencias, y a riesgo de una postura alienante y acrítica para el sujeto, es clave que este ya se nombra, aunque sea bajo la tutela prevalente de los técnicos con sus estrategias adaptativas.

En tercer lugar, aparecen las perspectivas culturalistas, derivadas de la antropología médica. El foco en este caso se dirige a los patrones culturales de salud-enfermedad, con sus sistemas de signos, significados y prácticas (Hernández-Holguín, 2020). Allí aparecen preguntas relacionadas con idiomas locales de sufrimiento y formas particulares de expresión de bienestar y angustia. La noción de enfermedad es ocu-

pada por la noción de malestar cuyo sentido y contenido es de orden social cultural, en tanto involucra el cuerpo, las relaciones y el mundo que habitamos, es decir, una realidad que es intersubjetiva, pero a la vez simbólica. Aquí sin duda el sujeto aparece en toda su amplitud, en tanto sujeto individual y colectivo, con su contexto, con sus saberes, con sus simbolizaciones y relaciones. Si bien este tipo de perspectiva es más marginal, permite explorar y dinamizar las competencias culturales para la comprensión y cuidado en situaciones de sufrimiento, tomando como elemento central la incorporación de los significados compartidos de las experiencias, con sus derivas prácticas y metodológicas.

Finalmente, en Colombia se ha venido explorando la perspectiva psicosocial para comprender y orientar prácticas de salud mental en el contexto del conflicto armado, bajo la premisa de considerar a las personas que han padecido hechos victimizantes como sujetos portadores de derechos, cuya situación debe asumirse desde enfoques diferenciales e interseccionales, que incorporan diversidades de sexo, género, edad, grupo, etnia, religión, y situación económica. El sujeto toma relevancia en su inscripción en redes de soporte social y en dinámicas insertas en la vida cotidiana, con sus interacciones microsociales y dialógicas. Al igual que en la aproximación culturalista, el sujeto individual y colectivo se presenta en forma activa haciendo parte de diálogos sociales múltiples dirigidos a fortalecer relaciones de solidaridad y restablecimiento de derechos vulnerados.

Como puede seguirse en el texto, las perspectivas van instalando una apertura para hacer visible al sujeto de la salud mental, con aproximaciones que lo dotan cada vez de mayor protagonismo y palabra. Observamos cómo esto se produce a través del tránsito de la enfermedad al malestar; de la centralidad del saber técnico a la convergencia de saberes diversos; del disciplinamiento normalizado al reconocimiento de poderes en disputa. En el apartado que sigue revisaremos cómo esto se retoma y refuerza desde los planteamientos de la salud colectiva latinoamericana.

2. El sujeto en la salud colectiva latinoamericana y en las propuestas del *buen vivir* y el *vivir sabroso*

Restrepo y Jaramillo (2012) señalan como los planteamientos de la Escuela de Frankfurt alimentaron nuevas perspectivas en salud mental en los años 70 y 80's, entre las que se encuentra la salud colectiva/medicina social latinoamericana. Esta perspectiva sugiere una relación dialéctica entre los sujetos y las estructuras socioeconómicas y culturales, lo que deriva en una interpelación a los procesos de normalización, medicalización y patologización de las lógicas biomédicas y conductuales.

En esta dinámica hay un peso importante de determinación y producción social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, cuyo resultado es producto del interjuego entre estructuras y posibilidades instituyentes de sujetos que interactúan con dichas estructuras, a través del despliegue de procesos subjetivos, conflictos e intereses en pugna, que se expresan en la intersección de diversas posicionalidades y sistemas de exclusión/inclusión. Como lo veníamos advirtiendo en otras perspectivas, la vida cotidiana aparece con centralidad en esta producción, en tanto allí se producen y se hacen vivas las relaciones y posicionamientos sociales.

En alguna literatura orientada por esta corriente de pensamiento se hace alusión al sufrimiento como una noción que busca superar las limitaciones epistémicas y praxiológicas de la enfermedad mental, para identificar y agrupar las demandas y experiencias derivadas de estructuras sociales y culturales hegemónicas (Ruiz Eslava, 2009; Arias-López, 2013). A partir de esto se hace una crítica a las formas de funcionamiento social productoras de dolor e inequidad, pero así mismo a las opciones de transformación colectiva, y no solo respuestas individuales de adaptación o culpabilización. Esta noción, acuñada desde la antropología médica, nombra no solo el resultado de las acciones de dominación de las estructuras de poder sobre los cuerpos, los lugares vitales y las relaciones, sino también las respuestas que emergen desde los sujetos en conexión con sus biografías personales y sociales en contextos de

vida situados (Kleinman et al, 1997; Das, 2007; Renault, 2010; Cardona Suárez, 2015).

En concordancia, los sujetos individuales y colectivos toman relevancia desde su particularidad, su concreción y su posicionalidad, develando todo intento de atrapamiento bajo lógicas de reduccionismo medicalizado institucional y/o mercantil (Stolkiner, 2013). Frente a ello, se posicionan y legitiman los sujetos con sus diversos saberes, con formas otras de relación omitidas o silenciadas por los circuitos de control epistémico y desde dispositivos colectivos de base comunitaria que sustentan formatos alternativos de comprensión y cuidado colectivo. Como afirma Urquiza (2012), se configura un tránsito hacia:

sujetos políticos, capaces de producir obra y sentido dentro y para el todo comunitario, [...] en espacios límite, territorios grieta, umbrales en donde es factible repensarse más allá de lo definido mayoritariamente por los saberes biomédicos hegemónicos (p. 893-894).

Esta movilización hace eco con las llamadas epistemologías del sur, que pretenden posicionar saberes emergentes, mediante los cuales sujetos diversos damos sentido a nuestras prácticas, no obstante, el desprecio del modelo cientificista racional que los considera irrelevantes, ilusorios y falsos (Sousa Santos, 2009). Estas epistemologías emergentes producen conocimientos que se orientan por principios de justicia epistémica, es decir que logran reconocer saberes silenciados o producirse en los márgenes, en tanto saberes testimoniales anclados a prácticas sociales compartidas de sujetos que actúan sobre la realidad social, sujetos que dejan de estar ausentes – como el sujeto que oculta la enfermedad y la etiqueta técnica – para tornarse en sujetos presentes, políticamente activos, disputándose su lugar en el mundo (Sousa Santos, 2018). Estas epistemologías de las presencias, del desocultamiento, buscan responder al colonialismo hegemónico, mediante prácticas solidarias de reconocimiento de realidades *silenciadas o marginadas*, así como de realidades *emergentes o imaginadas*, con el propósito de construir mundos incluyentes, a través de prácticas sociales emancipatorias (Sousa Santos, 2009, p 87-89). Para dar cuenta de estas posi-

bilidades me permito traer dos planteamientos que nacen en la vida latinoamericana, desde el seno de comunidades andinas y afrodescendientes milenarias, ejemplo vivo de sujetos silenciados, cuyas formas comprensivas permanecen en las márgenes y que son muy sugerentes para el campo de la salud mental.

En el primer caso me refiero a la propuesta del Buen Vivir - *Sumak Kawsay* en idioma quechua – cuyos principios se fundan sobre la base del bien pensar y el bien actuar, mediados por la ley de la recompensa y la relación simbiótica con el cosmos como sistema vivo. Bajo estas premisas se despliegan formas de cuidado basadas en el respeto, la relacionalidad y el reconocimiento de las distintas formas de vida, no solo de la vida humana. Si antes mencionamos que la salud mental alude a lo subjetivo, relacional y sensible de la salud, entonces esta forma de comprensión será decisiva para el tipo de relacionamientos y sensibilidades que potencialmente podrán emerger, posicionado unas interacciones de convivencia y cuidado que superan el antropocentrismo, fortaleciendo vínculos comunitarios a partir de prácticas compartidas cuyo propósito es mantener sus rasgos identitarios y respeto recíproco a sus cosmogonías. Bajo esta perspectiva, la salud deja de ser una aspiración individual para convertirse en búsqueda colectiva de armonía y equilibrio sistémico con la madre tierra – *la pacha mama*, cuyo desequilibrio espiritual, producto de incumplir los principios del bien pensar y el bien actuar, son desencadenantes de enfermedad. Su correlato será la producción histórica, cultural y político-ética de subjetividades que se piensan y actúan como partes de un todo mayor que les acoge y les exige armonía entre sí y con la naturaleza, en contravía con los mandatos contemporáneos del individuo exitoso y feliz, cuyo valor está dado por el consumo, la acumulación y el dominio de la naturaleza (Fortunato et al, 2021). En contraposición se plantea el sujeto colectivo *Abia Yala*, portador de una herencia milenaria, que se funde con la naturaleza, borrando la escisión sujeto-objeto del pensamiento occidental moderno y se torna en relación sujeto- sujeto, perspectiva que nos interconecta, nos teje y nos conmina a pensar y actuar conforme a la vida

común en interdependencia (Oviedo, 2017) : “El agua está en el lago pero así mismo está en la sangre, entonces el agua no es un objeto, sino una energía consciente o viva (*sumak kawsay*) que nutre a toda forma de vida, llámese planta, animal, humano” (p. 56).

Estas modulaciones son resonantes con la perspectiva emergente del Vivir Sabroso, filosofía de vida de las comunidades negras afrocolombianas y afrodescendientes que poblaron litorales y cuencas desde la abolición de la esclavitud a mediados del siglo XIX (Quiceno, 2016), herederas de marcos africanos como el Ubuntu y el Muntu, basados en un principio de respeto entre los seres humanos y con la naturaleza, donde coexisten los dioses y divinidades guardianas de los ecosistemas bioculturales y de la que se deriva una visión comunitarista del ser, del existir y de la realización humana, cuyo fundamento es la interdependencia. Los ecosistemas se sostienen bajo órdenes de construcción comunitaria y mediante prácticas como la *mano cambiada*, la *minga* o la *uramba*², las cuales operan a través de lógicas de servicialidad, confianza, cuidado extendido y ser con otros (Grueso, 2021). Los cantos, la poesía, los versos y la comida aparecen como estrategias para exorcizar el dolor y armonizar la existencia con los seres y energías del territorio incluso en medio del sufrimiento (Mena y Copete, 2019). El vivir sabroso, en su conexión con la filosofía Ubuntu remite a pensar la propia existencia en interconexión con los otros seres:

Vivir con ese otro, respetarlo en su diferencia y reconociendo lo valioso que es para mi existencia, para mi vida, me hace más humano, ya que me hace respetuoso, solidario, responsable, compasivo y generoso no sólo para con mis semejantes seres humanos, sino también con la naturaleza. Esto es vivir Ubuntu, esto es ser humano (Kashindi, 2013, p. 15)

El tránsito que opera en estas propuestas además del reconocimiento del sujeto con su palabra, y

² La mano cambiada es un trueque de oficio que se fundamenta en relaciones solidarias y de pares, la minga es una palabra quechua que nombra el trabajo colectivo dirigido a un bien común y la uramba nombra la juntanza y el encuentro solidario.

del sujeto en relación y contexto que ya veníamos señalando, incorpora unos sujetos otros – no solo blanco, hombre, urbano, heterosexual de clase alta, para incorporar un sujeto indio, no europeo, negro, mujer, que hasta ahora había operado simplemente como objeto epistémico. Además, como ya se señaló, posiciona la naturaleza como sujeto de derechos, reducida por las dinámicas capitalistas a objeto de control y explotación (Marañón- Pimentel, 2014), es decir, de un único sujeto predatorio hace tránsito a una pluralidad de sujetos colectivos, que, si bien no son homogéneos, si tienen en común un proyecto antagonista a dicha predación (Ceceña, 2019; Quijano, 2014) y una postura afirmativa/resistente frente al sufrimiento.

3. Sujeto sufriente resistente. Una perspectiva para la salud mental

En este apartado pretendo recoger el tránsito en la noción de sujeto de la salud mental, superando las restricciones y limitaciones que lo anulan y borran, para articular vida cotidiana, experiencia y vivencia, construcción de significados, esquemas de acción y conocimiento, prácticas de resistencia y subjetividades emergentes de sufrimientos múltiples, sintetizadas en la noción sujeto-sufriente-resistente como aporte al campo de la salud mental colectiva. Lo primero que debe aclararse es que nombrar la salud mental como campo y no como disciplina hace referencia a su complejidad, pues sus objetos y problemáticas ameritan el concurso teórico y metodológico de múltiples disciplinas (Galende, 2008, 2015), saberes y prácticas, no para acceder a fórmulas omnímodas, sino más bien bajo el supuesto de su limitación, transitoriedad y complementariedad.

Como se ha insinuado, sufrimiento y resistencia se amalgaman, ofreciendo al campo de la salud mental colectiva alternativas que reconocen las particularidades del contexto y sus dinámicas, pero también las potencialidades singulares de los distintos sujetos. En este reconocimiento, la salud mental adquiere su alcance político, en tanto se acerca a las formas como las personas resisten a las fuerzas sociales de dominación y poder en lo

cotidiano, así como a las formas que implementan para la tramitación de los conflictos que se generan en sus formas de relacionamiento social. Con la noción de sujeto-sufriente-resistente me refiero a un ser humano creativo y activo, con posibilidad de agencia en la construcción de su propia historia, un sujeto capaz de construir sentidos y significados frente a sus experiencias de sufrimiento, generando formas de comprensión y respuesta a través de prácticas sociales compartidas. No hay comprensión posible del sufrimiento sino a partir de la multihistoricidad de los sujetos y de la manera como esta es tejida y significada colectivamente (Arias-López, 2018)

El valor de incluir la noción de sufrimiento a la nominación de este sujeto de la salud mental colectiva que se propone permite articular el sentido de la experiencia particular en la vida cotidiana, a partir de una mirada de orden político, no solo sobre la experiencia misma, sino sobre las respuestas sociales y comunitarias. Lo político se descentra de lo institucional estatal, para trasladarse al terreno de los procesos micro-sociales referidos a las situaciones relacionales y emocionales, cuyo escenario de producción se da en lo cotidiano. El carácter performativo y político del sufrimiento social, está dado, en la medida en que los sujetos logran identificar estas tensiones y proponen acciones prácticas cotidianas, de disidencia y resistencia para hacerles frente. Estos actos de resistencia que tienden a romper las asimetrías buscan producir mayores niveles de autonomía y soberanía, constituyendo en definitiva prácticas o ejercicios de libertad, indicativos de relaciones que potencialmente se abren a transformaciones y a producción de nuevas subjetividades. Esto no soslaya el reconocer la ambivalencia de dichos procesos como lo afirma Butler (2001, p.28): “el sujeto no está completamente determinado por el poder ni tampoco determina completamente al poder, sino que, de modo significativo, ambas cosas ocurren parcialmente”.

El continuo sufrimiento-resistencia se nutre de los planteamientos de Furtos (2007) quien afirma que sufrir no implica desaparecer como sujetos, ni adherirse resignadamente a las expe-

riencias traumáticas o devastadoras. Al contrario, conlleva a trascenderlas, incorporándolas en un proyecto que va más allá del presente y del sujeto particular en sí mismo, asignándoles un lugar y un sentido tanto en la historia personal, como en la historia social y colectiva. Otorgar un significado al dolor consiste precisamente en la primera defensa, pues cuando no es posible inscribirlo en un entramado significativo, el sufrimiento se vive al desnudo, desgarrado sin matices, y con frecuencia acarrea el desaliento o la depresión (Le Breton, 2001). Cuando el sujeto que sufre logra construir este sentido, adquiere un compromiso transpersonal con el dolor, que actúa a manera de guía moral práctica para conducirse en el mundo. El sujeto que sufre, pero que paralelamente resiste, esto es, el sujeto-sufriente-resistente, más que un enfermo, es un sujeto ético con un proyecto político que instituye formas cotidianas de construir su vida y habitar su mundo, de decidir y elegir, en últimas de transformarlo. Sufrimiento y resistencia se encarnan, pero también transforman espacios vitales y sociales, de allí que la propuesta del sujeto- sufriente-resistente para la salud mental colectiva suponga un profundo acto creativo.

Consideraciones finales

En este artículo he propuesto un recorrido por las disputas y avatares por las distintas formas de comprender y dar sentido a lo que nombramos como salud mental y la manera como entendemos al sujeto que interacciona en dicho campo, que en últimas son expresión de pugnas epistémicas y estructurales más amplias, que encuentra una clave de problematización en la medicina social/salud colectiva latinoamericana y los debates alrededor de las llamadas epistemologías del sur, derivando en la propuesta que se sintetiza en el sujeto-sufriente-resistente de la salud mental colectiva.

Como toda disputa y anhelo de cambio, esta propuesta navega en esa dinámica necesaria entre estructuras y sujetos, con su indispensable simultaneidad de transformación e implicación mutua (Sousa Campos, 2001). Sujetos y estructuras hacen parte fundamental de la dimensión sensi-

ble, relacional y subjetiva presente en la salud y que aquí referimos como salud mental, a la que agregamos el adjetivo colectivo, para acentuar su carácter social e histórico de producción.

Precisamente, el desconocimiento de esta historicidad es la que en muchas de estas disputas ha privado al sujeto de palabra, esencializando situaciones que son producto de formas de funcionamiento social y de contextos culturales que se dan en tiempos y espacios particulares, en una aspiración de fijar leyes y normas generalizantes que silencian y desconocen dichas particularidades. Para Amarante (1996) esta perspectiva exige poner la enfermedad entre paréntesis para que emerja el sujeto, con el fin de que nuestras prácticas y comprensiones se dirijan, no al refinamiento de las etiquetas técnicas, sino a la invención de la salud, lo que resuena con las palabras de Canguilhem (1982), médico y filósofo francés quien propuso entender la salud como una manera de abordar la existencia bajo la premisa y posibilidad de crear valores y normas vitales. En este sentido se produce un tránsito de un sujeto silenciado, hegemónicamente instalado por las versiones de tendencia biomédica y de una psiquiatría más convencional; hacia un sujeto activo, producto, pero a la vez productor de su historia, con capacidad de agenciamiento sobre las estructuras.

Este planteamiento dialoga con la propuesta de Furtos (2011), quien parte de la precariedad como carácter de lo humano, entendida como la incompletitud que exige la interdependencia con los otros y que, desde los planteamientos del buen vivir y el vivir sabroso, se extiende a la naturaleza y todas sus formas de vida. Esto supone insistir en la capacidad de convivir con los demás, permanecer conectado a uno mismo, y ser capaz de invertir y crear en este entorno, entorno que en todo caso no está dado, sino abierto a su transformación con la posibilidad de construirlo. Este entorno, deja de ser un simple contenedor, para tornarse en sujeto común, con lo cual el sujeto de la salud mental colectiva se expande para incorporar otras formas de vida que desplazan la primacía antropocéntrica, para articular una perspectiva sociobiocéntrica ampliada e

incluyente. Esto hace que no solo se considere un sujeto con voz y agencia, sino ante todo un sujeto diverso y amplificado a otros seres vivos, incluidos los distintos territorios y territorialidades que habitamos y construimos.

Así, lo que hemos planteado es entender la salud mental colectiva como un proceso que se encarna en sujetos y espacios vitales, cuya posibilidad de comprensión y acción son fundamentales, aunque muchas veces su saber y conocimiento es despojado y ocupado por saberes técnicos, bajo la legitimidad de la racionalidad científicista, con su consecuente silenciamiento. El giro que se propone es que se pueda devolver a los sujetos de la salud mental colectiva su lugar como productores de significados de sus propias experiencias y en consecuencia de prácticas de cuidado diversas, en conexión con la singularidad de sus contextos.

El gran desafío, entonces, para quienes estamos comprometidos e interesados en el campo de la salud mental, es caminar hacia la des-medicalización, la des-patologización y la re-politización del sufrimiento, incorporando perspectivas más activas para el sujeto y su dignidad. Es fundamental reconocer las capacidades de transformación de la realidad, la participación en la toma de decisiones, la producción de beneficios colectivos, creatividad y la respuesta crítica a los problemas sociales. Esto equivale también a insistir en la capacidad de vivir con los demás y estar en contacto con uno mismo, desde la posibilidad de aportar en la construcción de un mundo común, que incluye todas las formas de vida en interconexión, como lo enseñan las silenciadas epistemologías del sur.

Bibliografía

- Amarante, P (1996). *O homem e a serpent*. Ed Fiocruz
- Arias-López, BE. (2013) Care and social suffering: nursing within contexts of political violence. *Invest Educ Enferm*,31(1), 125-132.
- Arias-López, BE. (2018) Subjects suffering in resistance: an approach to the subjectivities of the Colombian armed conflict. *Social Medicine*, 12 (2), 1-7.
- Augsburger, AC. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.
- Ausburger, AC, Gerlero, SS. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairos Rev Temas Soc*,15(2),11-21.
- Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria: tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Lugar Editorial.
- Bertolote, JM. (2008) Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- Bhattacharjee, B., & Acharya, T. (2020). The covid-19 pandemic and its effect on mental health in USA – a review with some coping strategies. *Psychiatric Quarterly*, 91(4),1135-1145. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09836-0>
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre sujeción*. Cátedra.
- Canguilhem, G. (1982 [1966]). *Lo Normal y lo Patológico*. Siglo XXI Editores.
- Caponi, S. (2010). Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6(2),149-161. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115020003>
- Cardona Suárez, LF. (2015). La experiencia del sufrimiento y la medicina mentis. *Desde el Jardín de Freud*, 15, 191-203. doi: df.n15.50523
- Ceceña, AE. (2019). Corredores epistemológicos y bifurcación sistémica. En JM Pereira (Ed.). *Buen vivir, cuidado de la casa común y reconciliación*, (pp. 35-47). Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Das V. (2007). *Life and Words: violence and the descent into the ordinary*. University of California Press.
- David, E., De Pierro, J. M., Marin, D. B., Sharma, V., Charney, D. S., & Katz, C. L. (2021). Covid-19 pandemic support programs for healthcare workers and implications for occupational mental health: A narrative review. *Psychiatric Quarterly*,

- 93(1), 227-247. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09952-5>
- Fortunato, M., Antonioli, C., Fontenla, J., Benítez, A., Fiumara, M. (2021). Salud mental desde la perspectiva del buen vivir y el bienestar. En S. Cárcamo (Ed.), *Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos*, (pp. 292-333). Editorial FEDUN.
- Furtos, J. (2007). Sufrir sin desaparecer. En A. Rodríguez (Comp.), *Psiquiatría y Sociedad. La Salud mental frente al cambio social*. Editorial Kimpres.
- Furtos J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 7 (156), 29-34. doi 10.3917/lcp.156.0029
- Gagliardi, A. R., Yip, C. Y. Y., Irish, J., Wright, F. C., Rubin, B., Ross, H., Green, R., Abbey, S., McAndrews, M. P., & Stewart, D. E. (2021). The psychological burden of waiting for procedures and patient-centred strategies that could support the mental health of wait-listed patients and caregivers during the covid-19 pandemic: A scoping review. *Health Expect*, 24(3), 978-990. <https://doi.org/10.1111/hex.13241>
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud Mental: la ilusión de no ser*. Editorial Lugar.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Editorial Lugar.
- García-Arroyo, J. (2022). Salud mental y covid-19: una meta-revisión de investigaciones y evidencias. *Investigatio*, (17), 4-18. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2022.17.1>
- Green, A. (2014). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, Pulsiones y/o relaciones de objeto. *Rev. Psicoanal*, (71), 23-57.
- Grueso, A. (2021, 23 de marzo). *La filosofía Ubuntu*. Universidad de la Tierra: Diplomado Buen Vivir, Tejidos Andinos y Pedagogías de la Memoria, Bogotá, Colombia.
- Han, B. (2014). *Psicopolítica*. Herder.
- Hernández-Holguín, DM. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Cienc. Saude Coletiva*, 25 (3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Kashindi, J. B. K. (2013). Ubuntu como vivencia del humanismo africano bantú. *Devenires XIV*, 27, 210-225.
- Kleinman, A., Das, V., Lock, M. (1997). *Social Suffering*. University of California Press.
- Le Breton, D. (2001). *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*. Armand Colin.
- Marañón-Pimentel, B. (2014). Crisis global y descolonialidad del poder: la emergencia de una racionalidad liberadora y solidaria. En B. Marañón Pimentel (Coord.). *Buen vivir y descolonialidad: crítica al desarrollo y la racionalidad instrumentales* (pp. 21-60). Instituto de Investigaciones Económicas.
- Mena A, Copete Y. (2019). La filosofía del vivir sabroso. *Revista Universidad de Antioquia*, 53; 50-53
- Oviedo, A. (2017). *Sumak kawsay arte de vivir en armonía. De la Revolución Verde a una Revolución Arcoíris*. Global Sur editores.
- Paciuk, S. (2008). De intrapsíquico a intersubjetivo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (107), 137-153. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/993>
- Quiceno, N. (2016). *Vivir Sabroso: luchas y movimientos afrotrasteños, en Bojayá, Chocó, Colombia*. Universidad del Rosario.
- Quijano, A. (2014). *Cuestiones y Horizontes Antología esencial de la Dependencia Histórico-Estructural a la Colonialidad/Descolonialidad del Poder*. CLACSO.
- Renault, E. (2010). A Critical Theory of Social Suffering. *Critical Horizons*, 11, 221-241. <https://doi.org/10.1558/crit.v11i2.221>
- Restrepo, DA. & Jaramillo, JC. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Ruiz Eslava, L. F. (2009). La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana. *Investigaciones en seguridad social y salud*, 11, 131-142.
- Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial.
- Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. CLACSO-Siglo XXI.

- Sousa Santos, B. (2018). *Construyendo las Epistemologías del Sur: para un pensamiento alternativo de alternativas*, V. 1. CLACSO.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental (pp. 211–39). En *Los sufrimientos. 10 Psicoanalistas 10 Enfoques*. Psicolibro.
- Stolkiner A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Urquiza, M. (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Des-enfermar identidades: algunos ejemplos. En M. Desviat y A. Moreno. *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp.894-904). Asociación Española de Neuropsiquiatría.