

# Algunas aproximaciones al diálogo entre antropología y salud mental

**GIL, Mariano**

Antropólogo. Becario doctoral de CONICET (CEACU-UNR). Investiga acerca de dispositivos estatales de abordaje de consumos problemáticos en Santa Fe. Ha trabajado en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y en un centro de día para personas con discapacidad.

*marianokd@gmail.com*

**GUIRADO, Carla**

Antropóloga. Becaria doctoral del CONICET (ISHIR/UNR-CONICET). Investiga los procesos de desinstitucionalización y dispositivos sustitutivos de lógicas manicomiales en Rosario. Trabajó en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y consumos problemáticos, y en un dispositivo de referentes socioafectivos de usuarias/os.

*carlitaguirado@gmail.com*

**LLOVERA, Soledad**

Antropóloga, doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA. Trabajó en espacios de prevención y en un dispositivo de atención a referentes socioafectivos de usuarias/os con consumos problemáticos. Actualmente forma parte de una Casa de Acompañamiento y Atención Comunitaria de la red SEDRONAR, en la ciudad de Rosario. Participa como adscripta en la cátedra “Debates Antropológicos en Salud” de la Licenciatura en Enfermería (FCM - UNR).

*msolellovera@gmail.com*

### Resumen

En este trabajo nos proponemos presentar una primera aproximación sobre algunos aportes de la antropología para pensar el campo de la salud mental, tanto en los terrenos de la investigación y la intervención, como en sus bordes. Construimos la trama del mismo a partir del enlace entre teoría, metodología y experiencias de participación de sus autores/as en equipos interdisciplinarios en salud mental.

En sintonía con la Ley Provincial santafesina 10.772 y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, entendemos al dispositivo manicomial no únicamente como institución, sino como modelo sociocultural de concebir y tratar los padecimientos. Ante esto, nos preguntamos: ¿qué grieta puede abrir allí una mirada antropológica? Destacamos la potencia de la misma para problematizar las construcciones de lo normal/anormal, lo moral/lo inmoral, lo diverso, la alteridad/otredad/mismidad, los procesos de estigmatización, así como los de cuidado.

Asimismo, creemos que herramientas de la antropología tales como la escucha atenta, el registro exhaustivo y el intento permanente por vincular aspectos singulares con coordenadas histórico-culturales permiten reponer la dimensión cotidiana de los procesos sociales. Esto implica ubicar las historias singulares como parte de una trama colectiva, destacando las dimensiones

sociales, culturales e históricas de los procesos de sufrimiento psíquico y padecimiento subjetivo.

**Palabras claves:** salud mental – antropología – investigación – prácticas.

### Some approaches to the dialogue between anthropology and mental health

#### Abstract

In this paper we present some anthropological contributions to think the mental health field, in the research and intervention fields, and on its edges. We build it linking theory, anthropological field work and experiences of authors in interdisciplinary teams in mental health.

In line with Provincial Law 10772 and the National Mental Health Law 26657, we understand the asylum device not only as an institution, but also as a sociocultural model for conceiving and treating illnesses. What can an anthropological gaze open there? We highlight its power to problematize the constructions of the normal/abnormal, the moral/immoral, the diverse, alterity/otherness/sameness, stigmatization processes, as well as those of care.

Likewise, we believe that some anthropological tools (attentive listening, exhaustive record and the

permanent attempt to link singular aspects with historical-cultural coordinates) allow us to restore the daily dimension of social processes. This implies locating the singular stories as part of a collective plot, highlighting the social, cultural and historical dimensions of the processes of psychic suffering and subjective suffering.

**Key Words:** mental health – anthropology – research – practices.

### Introducción

En este artículo nos proponemos enlazar los campos de la antropología y de la salud mental, para dar cuenta de ciertas articulaciones en los terrenos de la investigación y la intervención, así como en sus bordes. Construimos una trama que vincula teoría, metodología y experiencias de participación de sus autores/as en equipos interdisciplinarios en salud mental. Para ello, proponemos un cruce entre estas cuestiones, propiciando un proceso colectivo de reflexión. Las líneas aquí planteadas se desprenden de trabajos particulares de investigación, enmarcados en becas internas doctorales del CONICET, y experiencias de trabajo conformando equipos interdisciplinarios en dispositivos de salud mental.<sup>1</sup>

Organizamos el artículo en tres apartados. En el primero de ellos, historizamos el campo de la salud mental

a diferentes escalas, puntualizando los orígenes del modelo tutelar-asilar y ubicando los procesos de reforma a partir de mediados del siglo XX. En el segundo, sintetizamos nuestra concepción de la antropología como disciplina científica, desde una perspectiva relacional y crítica. En el tercero, esbozamos cruces y aportes entre antropología y salud mental, proponiendo un terreno común posible. Por último, realizamos algunas reflexiones finales.

### El campo de la salud mental: desde lo manicomial/asilar hacia los procesos de reforma

En el siglo XIX, en Francia, se crearon los asilos u hospicios de alienados, una herramienta asistencial específica para el tratamiento del padecimiento mental, que consistía en instituciones donde se aislaba a aquellas personas consideradas como una amenaza al orden social. Se sentaban así las bases del modelo tutelar-asilar (de Lellis, 2018). Tal como plantea Foucault (2014, 2021), el abordaje asilar se organizó bajo el poder psiquiátrico, siendo el manicomio un dispositivo tecno-profesional cuya modalidad de respuesta es el aislamiento del sujeto de su entorno, su historia y sus vínculos. Este autor nos invita a reflexionar sobre el manicomio no sólo como la institución edilicia sino como dispositivo: un conjunto de prácticas y disposiciones sustentado socio-culturalmente en la sociedad

capitalista para controlar la (a)normalidad y tratar los padecimientos. Por lo tanto, el encierro institucional –como práctica social de control, vigilancia y disciplinamiento sobre los cuerpos– resquebraja los lazos socio-comunitarios, promueve el individualismo y la patologización de los malestares de la vida cotidiana y de la vida en común.

Un punto de inflexión respecto de los modelos de atención tiene lugar tras los horrores de la Segunda Guerra Mundial y el espanto generado por los campos de concentración. A mediados del siglo XX el campo de la salud mental se constituye como un partaguas en los modos de abordar, alojar y tratar los padecimientos subjetivos. En este sentido, situamos entre las experiencias internacionales de procesos de reformas a la Antipsiquiatría inglesa (Cooper, 1986); la política del sector en Francia (Huertas, 1991) y la Psiquiatría democrática italiana (Basaglia, 2008). En Argentina se desarrollaron propuestas alternativas al manicomio, como fueron las de Ramón Carrillo, Enrique Pichón-Rivière, Mauricio Goldenberg, entre otros (Chiarvetti, 2008), inspirando diversos procesos transformadores como Experiencia Lanús, Experiencia Rosario, Experiencia Oliveros, y los procesos de desmanicomialización de Río Negro (Cohen y Natella, 2013) y de sustitución de las lógicas manicomiales en Santa Fe (Faraone y Valero, 2013),

entre otros, en los que confluyeron diversos actores y se desarrollaron en diferentes contextos socio políticos.

Algunas de estas experiencias devinieron en reformas legislativas provinciales, como es el caso de Santa Fe (Ley Provincial N° 10.772/19912). Estas experiencias y propuestas resultaron ser un valioso insumo para la construcción de un nuevo paradigma de derechos humanos en el campo de la salud mental como lo es la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Dicha ley, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, se inscribe en un modelo socio-comunitario de atención como superación del modelo manicomial/asilar. Su articulado parte de la concepción de sujetos de derecho (LNSM, art.3 y art.7) y busca restituir dignidad y libertad, establece el trabajo de equipos interdisciplinarios e intersectoriales (LNSM art. 8, art. 9 y art. 13). Implica el armado de redes socio-comunitarias de cuidados (LNSM, art.11 y art. 30), pone especial énfasis en la voluntariedad de los tratamientos y ubica a la internación sólo como último recurso (LNSM, art. 14). Se basa en los principios de la APS, en abordajes comunitarios que propicien la inclusión social y establece el cierre de los hospitales monovalentes, originalmente previsto para el año 2020. En esta línea también se inscriben los aportes del nuevo Código Civil y Comercial (2015) respecto a la presunción de capacidades de los sujetos y al modelo de vida independiente, entre otros. La plena implementación

de la LNSM exige un constante re-trabajo sobre los haceres desplegados por diversos actores (integrantes de equipos de salud, organizaciones comunitarias, funcionarios/as públicos) en diferentes ámbitos cotidianos, al cual la mirada antropológica puede aportar a través de las herramientas que nuestra disciplina ha construido para el registro, sistematización y problematización de las prácticas.

La LNSM en particular, y el marco normativo que la sustenta y acompaña, ponen en juego un viraje radical en la posición otorgada al lugar de quien padece, intentando producir una transformación en el sentido del acceso a la ciudadanía plena y a derechos (CELS, 2015; Faraone y Barcala, 2020). Es decir, se reconoce el lugar de quien padece como sujeto, capaz de producir ciertas decisiones en torno a su experiencia de sufrimiento. En este sentido, esta normativa cristaliza las discusiones en torno al poder sobre la vida de los sujetos de atención de los servicios de salud mental. Produce un embate tanto contra los espacios que ejercían dicho poder de manera privilegiada (los hospitales monovalentes) como contra los actores en los cuales residía dicho poder y los fundamentos de su autoridad sanitaria y moral (la tutela médico-jurídica).

Sin embargo, resulta esencial asumir que lo manicomial se evidencia en el monovalente, pero no sólo allí, es un dispositivo de poder. En ese sentido, recupe-

ramos la expresión santafesina de lógicas manicomiales (Decreto Reglamentario N°2155/2007; Faraone y Valero, 2013), para dar cuenta de que las prácticas manicomiales exceden los muros de las instituciones pudiéndose encarnar en espacios múltiples, siendo toda práctica o dispositivo susceptible de volverse totalizador. Siguiendo esta línea, podemos brindar carnadura a las implicancias y límites de las transformaciones normativas. Situarnos en el terreno de prácticas y lógicas manicomiales permite dar textura a las diversas instituciones en las cuales intervenimos e investigamos. Las mismas se constituyen a partir de un complejo entramado de capas contradictorias y heterogéneas, en las cuales conviven distintas culturas institucionales, resabios de políticas diversas, diferentes generaciones de actores institucionales.

Di Nella refiere que lo manicomial es, ante todo, “una forma de entender el abordaje del sufrimiento de predominancia mental; que es [...] una forma cultural de tratar a los seres humanos” (Di Nella, 2012, p. 3). En tanto modelo cultural, lo manicomial se expresa en culturas institucionales que sostienen discursos y prácticas ahistóricas, individualizantes, fundadas en un saber dogmático, productoras de encerronas trágicas, vertebradas en la verticalidad del poder y tendientes a producir la eliminación del saber del padeciente y su lugar como sujeto.

Estos rasgos encuentran resonancias en aquellos atributos que Menéndez señaló para el Modelo Médico Hegemónico, el cual implica al

[...] conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p. 451)

Respecto a considerar las relaciones de afinidad entre lo manicomial y el MMH, un rasgo que adquiere particular importancia es la construcción de quien padece, a quien podríamos llamar el otro de estos encuadres, en términos de objeto. Y allí es donde podemos retomar otros aportes de Menéndez, vinculados al racismo como forma de construcción de la otredad, entendido como “toda relación social que signifique “cosificar” a los otros, es decir negarle la categoría de persona, de igual; toda relación que permita la inferiorización y uso de los otros” (1982, p. 102). Al considerar que no hay racismo sin teorías, sin participación de

las comunidades científicas y profesionales, quizás sea nutritivo considerar cómo se configuran los estigmas de alteridad en torno a quienes han sido considerados anormales, a los sujetos que atraviesan padecimientos subjetivos y situaciones de sufrimiento psíquico.

### **El campo de la antropología: algunos aportes para pensar las construcciones de la otredad**

La antropología como disciplina científica se consolida en la segunda mitad del siglo XIX, en el contexto de expansión imperial de las potencias europeas y del surgimiento de las ciencias sociales en general. En ese proceso, a nuestra disciplina se le asignó el rol de estudiar aquellas sociedades no occidentales, caracterizadas por el paradigma evolucionista de la época como salvajes. A fines del siglo XIX estas ideas son puestas en tensión por algunos trabajos pioneros de Boas (1947), quien será el principal referente del particularismo histórico y, luego, formador de antropólogos/as de la escuela culturalista norteamericana. A principios del siglo XX, a partir de dicha escuela y del estructural-funcionalismo británico, se configura el denominado modelo antropológico clásico (Menéndez, 2010), cuyas características principales fueron la aproximación holística a la realidad social, el uso de concepciones y análisis cualitativos, el énfasis en el trabajo de campo como instancia fundamental del conocimiento antropológico y

la afirmación de la diversidad cultural. Estos rasgos fueron constituyendo identitariamente a la antropología.

A los fines de este artículo, retomamos y reactualizamos estos rasgos a través de los planteos de Ruth Benedict (1934) quien problematiza las dimensiones que implica la idea de a/normalidad, lo considerado moral/inmoral, la construcción de la alteridad, la otredad y la mismidad. Ya en 1934, a partir del estudio en terreno de las formas en que distintas sociedades asignaban el valor de anormal a determinadas conductas, esta autora sostenía que la normalidad se define culturalmente. En esta línea, la escuela de cultura y personalidad de las décadas de 1920 y 1930 va a postular que “[...] las culturas son psicología individual proyectada en pantalla grande, psicología individual a la que se dota de proporciones gigantescas y de larga duración temporal” (Benedict, 1932, en Harris, 2012, p. 344). Diferentes autores, como la mencionada Ruth Benedict, Margaret Mead o Ralph Linton se inscribieron en esta corriente, ligada al modelo antropológico clásico. La preocupación por las relaciones entre cultura y personalidad o, en otras formulaciones, sujeto/estructura, aparece en una gran diversidad de corrientes de las ciencias sociales.

Por su parte, Marcel Mauss (1979) llamaba la atención en 1926 sobre la importancia de articular las dimensiones psicológicas y sociales, en función de interpretar las relaciones entre el individuo y el grupo. En su

exposición, señala información etnográfica producida por otros autores en la cual la sugestión que genera la idea de la muerte en ciertas sociedades de Australia y Nueva Zelanda, es capaz de tales estragos físicos y mentales en la conciencia y en el cuerpo del individuo, que termina causando su muerte sin que exista ninguna lesión aparente o conocida (Mauss, 1979). Puntualiza que estos hechos demuestran “la relación directa en el hombre entre lo físico, lo psicológico y lo moral, es decir, lo social”. La naturaleza social de los seres humanos queda directamente unida a su naturaleza biológica. Lo psicológico, aquí, operaría como mediación, como un eslabón entre lo social y lo biológico. En el mismo sentido, en su estudio de las técnicas corporales, esto es, “la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional” (Mauss, 1979, p. 337), vuelve a enfatizar su concepción del hombre en su triple punto de vista (biológico, psicológico y social), es decir, en el punto de vista del hombre total. En sintonía con esta noción, Mauss (1979) propone el concepto de hecho social total para analizar un conjunto de sistemas de intercambio de diferentes sociedades. El hecho social total constituye un fenómeno donde se expresan a la vez y de golpe todo tipo de instituciones: las religiosas, las jurídicas, las morales, las económicas, e incluso las estéticas y las morfológicas. Ambos conceptos, el *de hombre total* y el *de hecho social total*, ponen

en juego la interrelación entre las diferentes dimensiones de las sociedades humanas. La abstracción de estas dimensiones es posible sólo para fines analíticos, ya que las mismas adquieren concreción sólo cuando están encarnadas en una experiencia individual.

Retomando la influencia de Mauss, Claude Lévi-Strauss (1994) analiza la relación entre enfermedad y cura a partir de dos textos: “El hechicero y su magia” y “La eficacia simbólica”. Lévi-Strauss aborda los procesos de curación de ciertas enfermedades a través de la elaboración de la idea de *complejo shamánico*, un sistema que depende de una triple experiencia, que es indisociable: la del shamán mismo, la de quien se encuentra enfermo, y la del público, quien también participa en el proceso curativo. En su propuesta, plantea que, ante el problema de la enfermedad, es necesario producir un equilibrio entre oferta y demanda en el plano psíquico, bajo la premisa de que la tradición colectiva y la invención individual colaboren en elaborar y modificar continuamente una estructura (un sistema de oposiciones y correlaciones) que integra todos los elementos de una situación total en la cual curador, enfermo y público, representaciones y procedimientos tienen su lugar (1994). Se trata no de atribuir una causa objetiva a los estados, emociones, representaciones que atraviesa quien padece, sino de articularlos en un sistema válido, que permita tramitar la tensión en la

relación entre “cierto tipo de individuos y determinadas exigencias del grupo” (1994, p. 207), mediar en la complementación del llamado *pensamiento normal* y el *pensamiento patológico*, que para Lévi-Strauss no se oponen. Esta aseveración es importante, porque permite tensionar una oposición aparente y reinterpretarla, además de proporcionar una trama de relaciones en la cual la enfermedad ya no aparece sólo como algo propio de quien padece.

El hechicero/curador se sabe poseedor de experiencias, técnicas y de un conjunto de mitos y ritos que, a través de un lenguaje metafórico, dan forma al contenido afectivo de la perturbación fisiológica de quien enferma, que se encuentra en un estado informulado. El autor propone el concepto de eficacia simbólica para dar cuenta de que la capacidad curativa del curador reside en poder revivir determinados acontecimientos en el enfermo, generando la abreacción, y objetivando estados subjetivos e integrándolos en un sistema de experiencias. La eficacia simbólica sería, de esta manera, una propiedad inductora que ejecuta el shamán y que le permite, a través de una lógica de representaciones reales, traducir una situación individual a una situación colectiva, por la cual se explica al conjunto social (1994, p. 224). Para Lévi-Strauss, entonces, hay una complementariedad entre lo psíquico y lo social que no es estática sino dinámica. No la plantea en términos de causa

y efecto ya que “la formulación psicológica es sólo una traducción en el plano del psiquismo individual, de una estructura puramente sociológica” (Lévi-Strauss, 1979, p. 17).

Desde una perspectiva antropológica relacional, nos interesa retomar estas discusiones tradicionales y ubicarlas en una mirada que nos permita reponer la dimensión cotidiana de los procesos sociales, analizando críticamente la imbricación entre diferentes escalas de lo social (Achilli, 2015). En ese sentido, cuestionamos el sesgo fuertemente ahistórico del modelo antropológico clásico.<sup>3</sup> Las historias singulares se entran en una historia colectiva, destacando las dimensiones sociales, culturales e históricas tanto en los procesos de sufrimiento psíquico/padecimiento subjetivo, y su modalidad de atención, como en sus representaciones y en el modo de construcción de la otredad. Reflexionar sobre quién está adentro/afuera, conlleva indefectiblemente a la pregunta por esos modos de construcción. En esta línea también nos preguntamos quién/quienes demarca/demarcan ese adentro/afuera y los bordes que establecen, cómo se construye el otro y el semejante, definiendo así el adentro/afuera de la comunidad.

### **Aportes de la antropología al campo de la salud mental: hacia una imbricación de saberes**

*Primer aporte: coordenadas y posicionamientos*

De acuerdo a Menéndez (2018), un aporte de la antropología al campo de la salud, es visibilizar que las enfermedades están enmarcadas en relaciones sociales y, por lo tanto, las causales de los padecimientos físicos, mentales o psicosomáticos se vinculan con los conflictos que operan a nivel social. En consecuencia, se destaca que las enfermedades tienen componentes socioculturales y psicosomáticos, y en ellas operan significados y acciones de los sujetos y las comunidades (Menéndez, 2018).

Así, una coordenada analítica clave, que permite desafiar el sentido monolítico atribuido por la biomedicina al concepto de enfermedad, ha sido aportada por autores como Kleinman (1980), formado en antropología y psiquiatría, quien distingue entre enfermedad/patología (disease), padecimiento/dolencia (illness) y producción social de la enfermedad (sickness<sup>4</sup>). Otros autores señalan que, desde una perspectiva antropológica, resulta relevante hacer foco en la experiencia de padecimientos cotidianos, entendiendo a la misma tanto como dimensión estratégica en el análisis de la construcción social, subjetiva, histórica y cultural de las formas de sufrimiento social; así como en tanto organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales (Grimberg, 2009), entre las cuales se sitúan también las prácticas de cuidado.

Un aspecto fundamental, entonces, es el de dar lugar a las voces de quienes padecen y de quienes cuidan, y a las significaciones que construyen en torno a sus experiencias de sufrimiento, por fuera del repertorio ofrecido por las categorías médicas y del campo psi; ya que las experiencias de padecimientos sólo pueden ser abordadas en el contexto de vida en el que se despliegan. Retomando las nociones maussianas de hecho social total y de hombre total, es necesario recordar que la experiencia se produce como totalidad: el sufrimiento no se puede diseccionar. Se trata de no reducir estas vivencias a su dimensión cognitivo-normativo-valorativa, sino visibilizar los matices vinculados a la capacidad de afectación que tiene la experiencia. Aparece como relevante, entonces, la dimensión del embodiment (Csordas, 1988, en Riva Knauth y Vitora, 2009), de la experiencia incorporada, encarnada. Atender a la misma supone el doble movimiento de propiciar un abordaje del cuerpo más allá de su objetividad biomédica y, al mismo tiempo, superar el dualismo cartesiano cuerpo/mente. Idea deudora tanto del enfoque de técnicas corporales propuesto por Mauss (1979). Otegui Pascual dirá que “el dolor no existe sino es a través de la persona que sufre” (Otegui Pascual, 2009, p.149). Por tanto, analizar los sufrimientos y padecimientos requiere remitirlos a una construcción individual y somática de los sentimientos, de las vivencias y de

las percepciones en torno al dolor y al cuidado. Por otro lado, nos resulta significativo establecer lineamientos políticos del trabajo teórico metodológico de la investigación-intervención en antropología en general y en antropología de la salud en particular. Scheper-Hughes (2000, p. 21) hace referencia a *una antropología con los pies en el suelo*: “[...] orientada hacia la praxis, aplicada críticamente y comprometida políticamente”. En esa línea recuperamos los aportes de Blázquez Rodríguez que –retomando la noción de *antropología implicada* de Fassin (1999)– reivindica que el trabajo antropológico “tiene que servir para algo y para alguien” (Blázquez Rodríguez 2008, p. 26). Nuestro trabajo se desenvuelve junto a sujetos que padecen, ¿qué capacidades podemos entonces desplegar para no tornarnos meros espectadores de su sufrimiento? Se trata de posicionarnos desde una perspectiva que asuma un compromiso con la realidad estudiada, pudiendo posibilitar procesos de transformación en el campo sanitario y/o en lo social. Es entonces desde estas coordenadas ético-políticas que llevamos adelante la investigación y praxis antropológica en el campo de la salud mental.

Desde allí, consideramos que los aportes de la antropología al campo de la salud mental pueden entenderse en dos direcciones entrelazadas: el campo de la investigación y el campo de la intervención. Comprender estas instancias en íntima relación implica atender

a la potencia de algunas herramientas metodológicas de la antropología para aportar al re-trabajo y a la elaboración teórica de la práctica.

*Segundo aporte: herramientas metodológicas*

Si desde los diferentes recorridos teóricos que hemos expuesto señalamos la potencia de la antropología en ubicar la dimensión cotidiana en relación a los procesos sociales más generales, ¿qué implicancias tiene esto en las prácticas? Dos herramientas de la antropología: la escucha atenta y el registro exhaustivo, habitualmente vinculadas al campo de la investigación, contribuyen a la problematización de las prácticas al interior de equipos interdisciplinarios.

Si bien ni el objeto de la antropología ni sus técnicas han sido los mismos en el devenir histórico, dado que la otredad en tanto objeto de nuestra disciplina es una construcción social; podemos decir que existen formas características de trabajo. En este sentido, cabe mencionar al menos dos cosas. En primer lugar, que la antropología adopta como actitud característica al extrañamiento. En sus inicios, se trataba de tornar sociedades distantes a marcos comprensibles para la sociedad del propio investigador/a. Ese complejo juego de volver cotidiano lo exótico se desplaza –al trabajar el/la antropólogo/a en su propia sociedad– a volver exótico lo cotidiano, desnaturalizarlo, mirarlo desde la sorpresa.

El extrañamiento deviene entonces una marca característica de nuestra identidad disciplinar (Lins Ribeiro, 1989), de la forma en la que construimos nuestro objeto de investigación, la forma en la que intentamos posicionarnos y *escuchar* el mundo en el que intervenimos o investigamos.

En segundo lugar, nuestra disciplina propone tempranamente una forma de labor que es, a la vez, método, enfoque y texto, conocida como etnografía. Si bien la misma fue pensada como práctica en el terreno de la investigación, algunas de sus propuestas pueden ser herramientas valiosas a utilizar en el contexto de las intervenciones y retrabajos. Este enfoque es una práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros, estudiando de primera mano lo que los sujetos hacen, dicen y dicen que hacen, en contextos particulares (Guber, 2001).

La etnografía toma como elemento característico a la descripción como producto y la comprensión como proceso de conocimiento. No se trata de un reporte, un informe, una anécdota o una explicación de los sucesos de la vida cotidiana. Antes bien, se trata de una *descripción densa* (en el sentido de Geertz, 2003) que permite efectuar un reconocimiento de los marcos de interpretación de los sujetos. Es un ejercicio de comprensión de aquello que ocurrió desde la perspectiva de los sujetos

con quienes trabajamos, que intenta poner en juego *cómo son* las cosas para ellos: cómo piensan, sienten, qué dicen y qué hacen respecto a los hechos en los que se traman sus vidas. Es un trabajo prolongado, de contacto directo, que tiene como finalidad problematizar los preconceptos que tenemos en torno a los sujetos con quienes trabajamos.

Además, es un trabajo que se lleva a cabo en relación a un *pequeño mundo*, a partir del cual se busca reconocer categorías sociales que “se presentan de manera recurrente en el discurso o en la actuación de los habitantes locales, y establecen distinciones entre cosas del mundo en que viven” (Rockwell, 1987, p. 30). La centralidad de las mismas remite a la manera en la cual quienes investigamos interactuamos con el contexto local y con quienes lo frecuentan. Este trabajo de campo, apartado de una perspectiva empirista, debe imbricarse constantemente con el trabajo conceptual, en un proceso de *reflexividad* continua (Rockwell, 1980). En relación a esto, la importancia de la inclusión de categorías sociales estriba en el hecho de que las mismas son capaces de poner en relieve las divergencias entre conceptos en apariencia indistinguibles en el plano de las categorías analíticas, las cuales también cobran protagonismo a la hora de producir interpretaciones que sostienen intervenciones en los equipos de trabajo. Esta idea, a la cual se ha conocido tradicionalmente como perspectiva

nativa, implica, además, no sólo tomar las ideas expresadas de los actores sino la totalidad del comportamiento observado y, más ampliamente, el análisis de la materialidad del mundo social en cuestión. Por ello, a la afirmación de la necesidad de “poder escuchar nuevas versiones sobre lo ya conocido” (Rockwell, 1987, p. 11), cabe añadir que la escucha de esas versiones es, a veces, la de algo sutil, quizás imperceptible y para nada explícito. Para ello resulta ineludible ejercitar la capacidad de sorpresa, de repregunta, abrir los sentidos que, por ser considerados como *conocidos, conflictivos o sin importancia*, se cierran. Es decir, requiere ejercitar la reflexividad. Creemos que este es también un ejercicio de relevancia a la hora de pensar los procesos de atención.

¿Qué escuchamos, entonces, cuando escuchamos desde una perspectiva antropológica? Escuchamos los susurros, los disensos, aquellas palabras con las cuales los sujetos con quienes trabajamos nominan su pequeño mundo, lo inventarían, caracterizan sus prácticas, dan sentido a su experiencia. Escuchamos con sorpresa, intentando extrañarnos de los mismos para luego anclarlos en un entramado cotidiano, cercano. Escuchamos también lo que no se dice, lo que se hace. No sólo la entrevista, sino también el rumor en la sala de espera, los disensos en el equipo tratante. ¿Qué registro producimos? Aquel en el cual, más allá del formato impuesto por un reporte, un informe de primera entrevista, un

seguimiento “evolutivo”, pueda ponerse en juego algo de esa escucha, pueda tener lugar una descripción de aspectos significativos de nuestro trabajo, puedan figurar enunciados de los sujetos en sus propios términos, además de interpretaciones posibles.

La antropología se propone, en una afirmación ya clásica, documentar lo no documentado (Rockwell, 2015). A través de la construcción de otras modalidades de registro –o bien, en los intersticios de los que son utilizados frecuentemente en los dispositivos en los que investigamos y trabajamos– es posible trascender la concepción del registro, el documento o *la evidencia* como objetos, para visibilizar su proceso de producción, su manufactura. Así, si desplazamos la mirada de estos objetos a las acciones que los producen (documentar, evidenciar y registrar), es posible traer a escena la trama en la que se inscriben como construcciones de un sistema que decide aquello que es importante que se registre y aquello que no (Scheper-Hughes, 2000). Recuperando ese proceso, pueden aparecer las omisiones, sub-registros, invisibilizaciones, borramientos, así como visibilizar aquello que no consta –o parece poco relevante– en los registros oficiales. Atendiendo a aquello que se configura como *lo no registrado* es posible contribuir, en un trabajo interdisciplinario, a restituir los contextos simbólicos, históricos y culturales que componen las formas de padecer concretas,

que escapan o son veladas en *el dato*, entendido desde la perspectiva de la epidemiología clásica, y en *el caso*, entendido desde una perspectiva biomédica.

Aún más, siguiendo a Veena Das (2017, p. 304), estas herramientas metodológicas permitirían “captar la importancia de aquellos padecimientos que no son considerados instancias dramáticas de ruptura de la vida cotidiana sino partes de la escena del día a día”. A partir de allí, resulta clave desnaturalizar e indagar en lo cotidiano, en aquello que es parte de la vida de las personas, y no solo en lo que resulta disruptivo, catastrófico o en eventos críticos capaces de quebrar las relaciones entre los sujetos con quienes investigamos y trabajamos.

*Tercer aporte: elaboración teórica y co-teorización como ejercicio. Posibilidades y derivas*

Autores como Fernández Álvarez y Careño (2012) han explorado los resultados de experiencias de co-teorización en el trabajo con organizaciones sociales. En ellas, el campo se configura como un espacio dinámico de creación conceptual conjunta, donde es posible la producción colectiva de vehículos conceptuales que permitan la elaboración teórica de categorías de la práctica, que brinden una mayor textura a las significaciones de la experiencia. Creemos posible retomar esta idea, a los fines de la realización de investigaciones en

el campo de la salud mental, así como de experiencias de trabajo cotidiano en el contexto de dispositivos de atención.

Estas ideas encuentran algunas resonancias con las propuestas elaboradas en los últimos años por los denominados *estudios locos* (Cea-Madrid y Castillo Parada, 2021), que entrelazan discusiones, teorizaciones, investigaciones e intervenciones sociales que tienen lugar entre comunidades que han sido identificadas como locas por el sistema psiquiátrico, y algunos/as colaboradores/as, y buscan apropiarse de esa identidad en términos de categoría política. Desde allí, tienen como objetivos producir conocimientos que les permitan conceptualizar sus experiencias en sus propios términos, así como llevar a cabo prácticas de resistencia ante el *cuerdismo* como forma de opresión específica. La particularidad de esta perspectiva es que no toma a la locura como objeto de estudio, sino como fuente de conocimiento situado y potencialmente relevante por derecho propio.

Ahora bien, ¿es posible una co-teorización sobre el padecimiento psíquico y el sufrimiento subjetivo? ¿Qué podemos decir junto a los sujetos con quienes trabajamos de las (sus) experiencias de padecimiento, atención y cuidado?

Creemos que existe una potencia de la antropología, en lo que hace al devenir histórico de sus estrategias

metodológicas, para promover la circulación de conceptos, captar contrasentidos. Dicho de otra manera, para habitar la tensión: tanto entre los marcos de comprensión de quien investiga y de los sujetos de la investigación, como también en torno a visibilizar, sin conclusiones apriorísticas, los contrasentidos entre aquello que se hace, aquello que se dice y aquello que se dice que se hace. Habitar esta tensión también nos invita a habitar el enigma, a no ofrecer un marco interpretativo rápido, racionalizante, de las experiencias de padecimiento y de cuidado. Antes bien, de acuerdo a la propuesta de Despret, se trataría de inducir a la perplejidad y dar lugar a los gestos, para desde allí “hacer que se comuniquen maneras de pensar y de sentir heterogéneas y normalmente contradictorias e inscribirlas en nuevas relaciones” (2021, p. 125). Pasar, entonces, del estigma de alteridad, que produce una captura de aquello que se presenta como diferente, al enigma de alteridad y sus posibilidades. Domínguez Mon dirá que el trabajo antropológico posibilita identificar puntos de vista, relaciones y disputas a través de los gestos, las miradas y los silencios, “el enfoque etnográfico brinda carnadura a gestos, nos permite comprender relaciones complejas a partir de interacciones simples” (2017, p. 388).

Esto no sólo aplica al saber sobre su propio sufrimiento que expresan los sujetos con quienes trabajamos, sino que también atañe a aquellas prácticas en las

que ellos/as y sus vínculos socio-afectivos despliegan la dimensión del cuidado. Este posicionamiento nos permite atender a la polisemia que anida en el concepto de cuidado. Al incluir la figura de los cuidados a las prácticas del proceso de salud-enfermedad, se incorpora la dimensión vincular/afectiva, las prácticas no formales (Michalewicz et. al. 2014), y también el conocimiento que los sujetos y las comunidades poseen sobre sus padecimientos; no sólo en términos de “límite” sino también como agencia, incorporada en los procesos de autoatención, de cuidado de sí y de prácticas cuidadoras grupales (Domínguez Mon, 2017).

Por lo tanto, incluir a la dimensión del cuidado permite enhebrar los procesos de sufrimiento y padecimiento con aquellas prácticas orientadas hacia su procesamiento, destacando el aspecto cotidiano de un saber-hacer en salud/salud mental de los sujetos y las comunidades.

Tejer, de este modo, una historia vital del cuidado, en la cual puedan ponerse en valor los saberes y estrategias desplegados por los sujetos y comunidades con quienes trabajamos que han tenido una dimensión reparadora, así como interrogar aquellos que han devenido dolorosos (Brusutti et. al., 2022).

*Cuarto aporte: problematización de marcos diagnósticos y sentidos morales en las intervenciones*

Aún más, ciertas coordenadas de comprensión que habilita la antropología nos llevan a considerar la necesidad de resistir a la tentación de coherentizar identidades sociales, dando lugar a aquellos aspectos que persisten en revelarse como fugitivos. Si este es un dilema que se expresa para otros campos de estudio, en el campo de las prácticas en salud mental adquiere matices peculiares, dado que se trata de identidades sociales que, al ser consideradas como disruptivas a la lógica de la *normalidad* y el *cuerdismo*, pretenden ser coherentizadas en aquello que se ha construido social, histórica y culturalmente como incoherente: “la locura”.

El desafío radica entonces en resistir a la uniformización de las experiencias que proponen ciertos entendimientos del *diagnóstico*, en tanto herramienta clasificatoria que guía la atención, organiza el cuadro clínico, ofrece un marco explicativo, identifica las opciones terapéuticas, determina la intervención, y en ocasiones se propone predecir resultados futuros (Bianchi, 2018). Así, el diagnóstico se enviste de una suerte de efecto teleológico, que acaba imponiendo anteojeras a los abordajes posibles. Partir de las coordenadas que señalamos anteriormente, produciendo interrogantes sobre estos modos de diagnosticar y sus efectos, podría implicar resistir a los deseos de fijación y sus proyecciones sobre los sujetos. Esto no implica desatender a la necesidad de

otorgar marcos de comprensión, mapas de sentidos a las experiencias de sufrimiento psíquico.

Sino, antes bien, a pensar que el diagnóstico pueda ser una lectura posible, situada y acotada a partir de la cual construir estrategias; en lugar de un destino o una encerrona. Así como suele decirse que el mapa no es el territorio, el diagnóstico como mapa de comprensión tampoco es el territorio de la experiencia de sufrimiento: se le escapa su mutabilidad, sus transformaciones.

Si el modelo tutelar-asilar no reside únicamente en el monovalente, sino que se expresa en las prácticas y sentidos que circulan socialmente, la antropología puede aportar una mirada que permita problematizar constantemente esos sentidos y prácticas. Reconocernos como sujetos sociales implica que el conocimiento y la práctica necesariamente se construyen con otros/as.

Por ello, otro punto relevante a la hora de pensar los aportes de la antropología al campo de la salud mental, es la capacidad de poder visibilizar las categorías morales presentes en las prácticas de atención de estos padecimientos, no sólo a nivel del sistema de salud formal, sino a nivel del entramado de relaciones en una comunidad, configurando a la salud como *paradigma moral* (Epele, 2012). Asimismo, resulta necesario atender a cómo las construcciones sociales en torno a los padecimientos en salud mental elaboran y reproducen

repartos diferenciales del sufrimiento, además de pensar en ellas las herramientas políticas que utiliza el poder para reproducir relaciones de dominación, como fuera sugerido por Das (1995, en Otegui Pascual, 2009).

Ante ello, recuperamos la potencia del interrogante que plantea Barúa Caffarena (2020): ¿qué hacemos con el plus vergonzante anudado al sufrimiento psíquico, en comparación con otros sufrimientos? Este autor sostiene que la violencia moral presentes en las prácticas de atención en salud mental se vincula también a la ausencia de interrogantes sobre sus efectos, sobre la relación que vamos a construir con aquello que es vulnerable en el otro con quien trabajamos.

En una perspectiva que encuentra resonancias con aquella que sostenemos desde este escrito, este autor retoma aportes de la antropología, enfatizando las posibilidades de desplegar una *clinitaria*: una clínica en salud mental con sensibilidad comunitaria, que recupere la importancia del cotidiano próximo, que reivindique la curiosidad, la diferencia, que fortalezca procesos participativos territoriales desde los cuales reconocer, validar, incorporar y legitimar los sentidos vitales de aquellos otros con quienes trabajamos.

### Reflexiones finales

En este escrito hemos ensayado una aproximación a ciertos ejes problemáticos en torno a las relaciones

entre los campos de la antropología y de la salud mental. Hemos destacado dos dimensiones fundamentales, estrechamente vinculadas entre sí y diferenciadas sólo a fines expositivos y analíticos: la investigación y la intervención.

Consideramos, a su vez, que los aportes de la antropología al campo de la salud mental pueden pensarse en torno a varias cuestiones. Por un lado, desde lo teórico, los tópicos relativos a la construcción de la otredad y la dimensión social, cultural y cotidiana de la construcción de la locura. Por otro lado, desde lo metodológico, destacamos las herramientas de la escucha y el registro. Estas herramientas, propias de la investigación antropológica, también aportan al campo de las prácticas e intervenciones. Investigar e intervenir desde una perspectiva relacional y crítica implica problematizar, des-andar una y otra vez prácticas y sentidos instalados, en un movimiento y en un diálogo interdisciplinario constantes.

Dicho esto, creemos que la posibilidad de construir aproximaciones a las experiencias de padecimientos que atraviesan los sujetos que asisten a dispositivos de salud mental en sus propios términos, que pongan el foco en su historia vital, en las formas de atención y autoatención que transitan y construyen, en sus itinerarios terapéuticos, que les permita tramar formas de acompañarse y cuidarse colectivamente, puede tener

efectos reparadores que morigeren el sufrimiento. Por ello, consideramos que los aportes de la antropología al campo de la salud mental no son sólo teóricos-metodológicos, sino también ético-políticos en la potencia de investigación e intervención.

### Referencias bibliográficas

**Achilli, E. (2015).** Hacer antropología. Los desafíos del análisis a distintas escalas. *Boletín de Antropología y Educación*, 6(9), 103-107.

**Barúa Caffarena, A. (2020).** Ejedesencuadrá. Del encierro hacia el vya. Transgresiones para una salud mental sin manicomios. *Colección Psi Crítica*. Volumen 1. Asunción: Arandurá.

**Basaglia, F. (2008).** *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial.

**Benedict, R. (1934).** La antropología y el anormal. *Journal of General Psychology*, 10(2): 59-82.

**Bianchi, E. (2018).** Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, conocimiento y Sociedad*, 8, 214-257.

**Blázquez Rodríguez, M. I. (2008).** Una etnografía en la atención sanitaria. En: Oriol Romani, A., Larrea Killinger, C. y Fernández-Rufete Gómez, J. (coords.). *Antropología de la medicina. Metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología de la FAAEE*. 17-30, San Sebastián, ANKULEGI AntropologiaElkartea. <https://www.ankulegi.org/wpcontent/uploads/2012/03/0202Blazquez-Rodriguez.pdf>

**Boas, F. (1947).** *Cuestiones fundamentales de Antropología Cultural*. Buenos Aires: Lautaro.

**Brusutti, C, Guirado, C, Llovera, S y Routier E. (2022).** **Abordajes desde la complejidad: instituyendo derechos** desde el armado de redes con referentes socio-afectivos de usuarias de salud mental y consumos problemáticos. La experiencia de PAR Rosario. Ponencia presentada en las 9nas Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos: Abordaje desde la complejidad: instituyendo derechos en el armado de redes. Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Ministerio de Salud de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Cea-Madrid, J.C. y Castillo Parada, T. (2021).** Enloqueciendo la academia. Estudios locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 11(2) e 097. Disponible en <https://www.relmecsfahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecse097/15117> visitado el 01/06/2022

**CELS - Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2015).** *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales.

**Chiarvetti, S. (2008).** La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII: 173-182.

**Cohen, H. y Natella, G. (2013).** *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

**Cooper, D. (1986).** *La gramática de la vida*. Barcelona: Planeta Agostini.

**Das, V. (2017).** Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3(5): 302-339.

**De Lellis, M. (2018).** El movimiento de Salud Mental: una aproximación histórica y crítica. Material de Cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

**Despret, V. (2021).** *A la salud de los muertos. Relatos de quienes quedan*. Buenos Aires: Cactus.

**Di Nella, Y. (2012).** *Inclusión mental. Políticas Públicas con enfoque de derechos*. Buenos Aires: Ed. Koyatum.

**Domínguez Mon, A. (2017).** Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13(3), 375-390. doi: 10.18294/sc.2017.1156.

**Epele, M. (2012).** *Padecer, cuidar y tratar: estudios socioantropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

**Faraone S. y Barcala, A. (2020).** *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo

**Faraone, S. y Valero, A. (comps.). (2013).** *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

**Fernández Álvarez, M. y Carenzo, S. (2012).** Ellos son los compañeros del CONICET: el vínculo con organizaciones sociales como desafío etnográfico. PUBLICAR - *En Antropología y Ciencias Sociales*, vol. X: 9 – 34.

**Foucault, M. (2014).** *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

**Foucault, M. (2021).** *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

**Geertz, C. (2003).** *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

**Grimberg, M. (ed.). (2009).** *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.

**Guber, R. (2001).** *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma: Bogotá.

**Harris, M. (2012).** *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*. México: Siglo XXI.

**Huertas, R. (1991).** Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Rev. Asoc. EspNeuropsiq*, Vol. XI, N° 37.

**Kleinman, A. (1980).** *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

**Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2004).** *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

**Lévi-Strauss, C. (1979).** *Introducción a la obra de Marcel Mauss*. En: *Mauss, M. Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

**Lévi-Strauss, C. (1994).** *Antropología Estructural I*. Barcelona: Altaya.

**Ley Nacional N° 26.994** Código Civil y Comercial de la Nación. Publicada en el Boletín Oficial del 08 de octubre de 2014.

**Ley Nacional N° 26.657.** Derecho a la protección de la salud mental. Publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre 2 de 2010. Decreto reglamentario 603/2013, publicado en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013.

**Ley Provincial N°10.772.** Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Publicada en el Boletín Oficial el 26 de diciembre de 1991. Decreto Reglamentario Nro 2155, publicado en el Boletín Oficial de la provincia de Santa Fe el 21 de septiembre 2007.

**Lins Ribeiro, G. (1989).** Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, 1: 65-69.

**Mauss, M. (1979).** *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

**Menéndez, E. (1982).** *Racismo, colonialismo y violencia científica*. Revista Índice N° 6, México.

**Menéndez, E. (1988).** *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.

**Menéndez, E. (2010).** *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

**Menéndez, E. (2018).** Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*. 14(3), pp. 461-481. doi: 10.18294/sc.2018.1838.

**Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014).** Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso Salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI. Universidad de Buenos Aires, pp. 217-224.

**Otegui Pascual, R. (2009).** El sufrimiento: forma sociocultural del dolor. En: Grimberg, M (ed). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*, Buenos Aires: Antropofagia.

**Riva Knauth, D. y Víctora, C. (2009).** Experiencia de género y vulnerabilidad para el VIH. En: Grimberg, M. (ed). *Experiencias y*

narrativas de padecimientos cotidianos. *Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia(111-128).

**Rockwell, E. (1980).** Etnografía y teoría en la investigación participativa. *Revista Dialogando*, Red Escolar Latinoamericana de Investigaciones Cualitativas de la Realidad Escolar, Sgo. de Chile, 29-45.

**Rockwell, E. (1987).** Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985). Departamento de investigaciones y de Estudios Avanzados del IPN, México.

**Rockwell, E. (2009).** *La experiencia etnográfica*. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires, Paidós.

**Scheper-Hughes, N. (2000).** Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Viola, A. (comp.). *Antropología del Desarrollo. Teorías y estudios Etnográficos en América Latina*, Barcelona: Paidós.

## Notas

1. Gil, Mariano es antropólogo. Becario doctoral de CONICET (CEACU-UNR). Investiga acerca de dispositivos estatales de abordaje de consumos problemáticos en Santa Fe. Ha trabajado en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y en un centro de día para personas con discapacidad.

Guirado, Carla es antropóloga. Becaria doctoral del CONICET (ISHIR/UNR-CONICET). Investiga los procesos de desinstitutionalización y dispositivos sustitutos de lógicas manicomiales en Rosario. Trabajó en dispositivos de alojamiento para usuarias/os de salud mental y consumos problemáticos, y en un dispositivo de referentes socioafectivos de usuarias/os. Llovera, Soledad es antropóloga, doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA. Trabajó

en espacios de prevención y en un dispositivo de atención a referentes socioafectivos de usuarias/os con consumos problemáticos. Actualmente forma parte de una Casa de Acompañamiento y Atención Comunitaria de la red SEDRONAR, en la ciudad de Rosario. Participa como adscripta en la cátedra “Debates Antropológicos en Salud” de la Licenciatura en Enfermería (FCM-UNR).

2. En 1991, la provincia de Santa Fe promulgó la Ley Provincial N° 10.772, que fue reglamentada en el año 2007. En dicha Ley se establece la progresiva y gradual sustitución de los hospitales psiquiátricos, teniendo como objetivo la erradicación de las lógicas y prácticas manicomiales, la medicalización de los padecimientos subjetivos, la internación por tiempo indeterminado, el aislamiento social, el silenciamiento y la ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas. También establece la creación de dispositivos alternativos intra y extra institucionales, entendiendo por alternativos a aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales orientados al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico.

3. En la década de 1970 se inicia un arduo proceso de crítica disciplinar en el cual diversos/as antropólogos/as problematizan distintos rasgos del Modelo Antropológico Clásico, incorporando la dimensión histórico política, los conflictos, los procesos de desigualdad social, así como una revisión de las relaciones de compromiso entre antropología y colonialismo. (Menéndez, 2010)

4. Donde disease se vincula a la enfermedad como entidad construida por la biomedicina para catalogar estados considerados patológicos o anormales (de función o de estructura orgánica, estén o no reconocidos socialmente, de carácter universal, cuyo tratamiento consiste –esencialmente– en la medicalización y que son plausibles de ser medidos numéricamente a partir de valores fisicoquímicos. Por su parte, illness se enlaza al padecimiento en tanto experiencia subjetiva del dolor, social e históricamente percibida y construida por el propio paciente y por su mundo vincular significativo, incluyendo las relaciones y acciones que pone en juego para aliviar,

remediar ese dolor. Finalmente, *sickness* remite a la producción social de la enfermedad, a aquellas instancias que dan forma a los procesos de salud, la enfermedad, daño, padecimiento y atención como emergentes de las condiciones de existencia de los grupos sociales. En esta distinción, se privilegia a la dimensión del padecimiento como eje de indagación antropológica (Grimberg, 2009).

