

Antipsiquiatría intercultural

Rubén Muñoz Martínez. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)

Recibido 09/01/2022

Resumen

En este artículo se propone el concepto *antipsiquiatría intercultural* a partir del análisis de una práctica de cuidados comunitarios en la que exiliados peul, mauritanos, residiendo en situación «administrativa irregular» en Bruselas, proporcionan alojamiento y acompañamiento a personas belgas con padecimiento mental/relacional, en el marco de una asociación militante de la corriente antipsiquiátrica, mientras son asesorados en su petición de asilo. A la luz de este estudio de caso, se desarrolla y discute la propuesta de David Cooper relativa a la creación de comunidades de cuidados. En ellas, se abole la división entre saberes expertos y profanos, y se evidencia el vínculo entre las relaciones sociales lesivas y la génesis del padecimiento, politicizando aquello denominado por las psicotecnologías como *locura*. Para este propósito, se parte del cuestionamiento del concepto de normalidad, planteado por Cooper, descentrando su *locus* de enunciación cultural, así como la matriz etnocéntrica de su propuesta antipsiquiátrica, desde la coproducción de narrativas y prácticas interculturales sobre la salud y la enfermedad. Se realizan algunas aportaciones a la propuesta de la antipsiquiatría a partir de los conceptos de autoatención y nomadismo terapéutico. Se finaliza con algunas sugerencias provisionales para una posible identificación y/o coproducción social de otras prácticas antipsiquiátricas de tipo intercultural.

Palabras clave: antipsiquiatría, interculturalidad, ayuda mutua, cuidados.

Abstract

Intercultural Antipsychiatry

This article proposes the concept of *intercultural anti-psychiatry* based on the analysis of a community care practice in which Mauritanian Peul exiles, living in an «irregular administrative» situation in Brussels, provide accommodation and support to Belgian people with mental/relational illness, within the framework of an anti-psychiatric activist association, while being advised on their request for asylum. In the light of this case study, we discuss David Cooper's proposal regarding the creation of care communities. In these communities, the division between expert and profane knowledge is abolished, and the link between harmful social relations and the genesis of suffering is made evident, politicizing what psychotechnologies call *madness*. This approach is based on the questioning of the concept of normality, raised by Cooper, decentering his *locus* of cultural enunciation, as well as the ethnocentric axis of his antipsychiatric proposal, from the co-production of intercultural narratives and practices regarding health and disease. Some contributions are made to the proposal of antipsychiatry based on the concepts of self-care and therapeutic nomadism. We conclude with some provisional suggestions for a possible identification and/or social co-production of other intercultural antipsychiatric practices.

Key words: Antipsychiatry, Interculturality, Mutual Aid, Care.

Antipsiquiatría intercultural

Rubén Muñoz Martínez. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)

Recibido 09/01/2022

§ 1. Introducción

Este artículo es fruto de la conferencia titulada «Psiquiatría, cultura y poder: una aproximación nómada a la eficacia terapéutica», que presenté en el Congreso de Filosofía y Psicopatología de la Sociedad Asturiana de Filosofía (en octubre del 2021). En la exposición me centré en dos estudios de caso para mostrar de qué forma opera la concepción nómada del encuentro clínico (Muñoz, 2020) y del acompañamiento comunitario en la eficacia terapéutica (profesional) y curativa (no profesional) en salud mental.

El segundo caso que abordé en la ponencia, y aquí desarrollo, refiere a la práctica de acompañamiento comunitario a personas, mayoritariamente belgas, con padecimientos de tipo mental/relacional¹ que, a través de una asociación en Bruselas (llamada L'Autre Lieu) militante de la corriente crítica de la psiquiatría propuesta por Franco Basaglia, son acogidas en dos casas por los miembros de la comunidad peul, de origen mauritano, que en ellas residen. Los inquilinos peul han sido expulsados de Mauritania por motivos políticos y gestionan su asilo en Bélgica asesorados por la asociación. De esta forma, se entrecruzan dos formas de exilio; el producido por la persecución política que experimentan las personas peul, y el que refiere a la exclusión social provocada por el estigma y la discriminación, debidos a una condición de salud mental/relacional, de los belgas que son recibidos en las casas comunitarias. El análisis de esta práctica fue publicado en extenso en el libro *Antropología, psiquiatría y alteridad*:

¹ Me refiero a mental/relacional ya que así lo harán las personas, con las que interactué, que trabajan en la asociación y aquellas que viven en las denominadas como *casas peul*. La salud mental reconocida como una realidad de sentido cultural, biomédico, que es apropiada de forma estratégica, por ejemplo, para un diagnóstico; y la relacional en el sentido de despatologización del término salud mental, proponiendo un marco más amplio que refiere al bienestar o malestar vinculado a las relaciones humanas situadas en el mundo.

de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado (ver Muñoz, 2021), a partir de una propuesta teórica denominada como «modelo antipsiquiátrico intercultural». En la actualidad, es la única aproximación de este tipo existente en Bélgica y en España y, hasta donde yo tengo conocimiento, en Europa. En el contexto mexicano en el cual actualmente resido, de menor penetración histórica de la psiquiatría dominante, tampoco existe una aproximación análoga.

En España y en Bélgica, pero también en otros países europeos, las prácticas de tipo intercultural en el ámbito psicoterapéutico han surgido a la luz de las limitaciones de la eficacia terapéutica, en contextos de diversidad cultural, del modelo dominante psicopatológico en la atención en salud mental. En este sentido, cabe señalar que en los países del Norte Global las teorías y métodos de atención en salud mental dominantes han sido criticados desde hace años por su escasa sensibilidad a la diversidad cultural, así como por las limitaciones con las que se encuentra cuando se trata de atender a usuarios/as que no pertenecen a las clases media y alta autóctonas (Muñoz, 2021). Tal y como señala Gailly (2010), las divergencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se han considerado, en salud mental, desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. Del mismo modo se ha tendido a culpar del fracaso al usuario/a, pensando que carece de las habilidades y el nivel cultural, en términos evolutivos, necesarios y que, por tanto, no está preparado para la atención médica occidental. De esta manera, el usuario/a *culturalmente diferente*, en el entendido de que esta diferencia se produce e interpreta socialmente, ha tenido que adaptarse al modelo de atención dominante siendo psicopatologizado aquello que no coincide con dicho modelo (*ibidem*). Esta psicopatologización de lo diferente también opera respecto a las trayectorias y clases sociales de médicos y usuarios. Es, en el caso de Bélgica, desde la década de los 80 y en España a partir del año 2000, que se han producido dichos cambios en las terapias en salud mental y han sido de distinta intensidad en función de características históricas diferenciadas como la recepción de personas migrantes y la consiguiente heterogeneización de las trayectorias socioculturales de los/as usuarios/as de sus instituciones de salud, así como de las políticas de gestión de la diversidad cultural y del influjo de corrientes teórico-metodológicas específicas, como es el caso de la etnopsiquiatría, en la atención en salud mental (Muñoz, 2021). En este contexto, en Bélgica, aparecerá la práctica antipsiquiátrica de las casas peul como,

desde mi punto de vista, un contraejemplo de dicha tendencia compartida por estas aproximaciones terapéuticas con carácter intercultural, en la que los autóctonos curan migrantes con demandas de salud relacionadas con el vector migración-cultura. En las casas peul la cura del autóctono residirá en el *otro* representado por los saberes y prácticas de los exiliados políticos peul que reciben a personas belgas con padecimientos de tipo mental/relacional.

Este conjunto de prácticas, realizadas por actores puntuales y que no responden a políticas específicas en salud, las he agrupado en tres modelos de atención en salud mental en función de su mayor o menor relativización del universalismo biomédico y su concepción cultural del binomio normal/anormal: el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural, el modelo etnopsiquiátrico y el antipsiquiátrico intercultural. Si los dos primeros modelos están constituidos por prácticas psicoterapéuticas de carácter inter y transdisciplinario, a partir de encuentros y articulaciones entre disciplinas de las ciencias de la salud (psicología, medicina, etc.) y las ciencias sociales y las humanidades (antropología, filosofía, etc.), en la antipsiquiatría intercultural se trata de una aproximación contradisciplinaria que no pretende instituirse en una disciplina específica cuestionando la división saber profano *versus* experto. Así como oponiéndose dialécticamente a la concepción del proceso salud/enfermedad/atención-prevenición de la psiquiatría dominante a partir de descentrar culturalmente su *locus* de saber/poder. Las casas peul, como proyecto desinstitucionalizado, formarán parte de las comunidades de cuidado que, en términos de Vega (2018), no se inscriben en la racionalidad del Estado, el mercado o la familia, y que son fundamentales para el sostenimiento de la vida.

En el presente artículo desarrollaré esta práctica de ayuda mutua (v. Kropotkin, 2016), a partir de la propuesta antipsiquiátrica de David Cooper (1985), entendiéndola como autogestionada² y tributaria de un recurso comunitario de autoatención, en el sentido diferenciado de la concepción individualista y biomédica del autocuidado (Menéndez, 2018), basado en la creación de un vínculo social entre dos formas de

² En el sentido de la relativa autonomía cultural de los procesos que en ella se coproducen, pero no tanto en el económico ya que depende de la financiación externa. L'Autre Lieu recibe financiación a través de donaciones privadas, principalmente, y de recursos públicos de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles.

exilio: de tipo político en los peul y social en las personas belgas que experimentan estigma y discriminación por su condición de salud. Este vínculo social, es una modalidad del don y la reciprocidad en los cuidados, entendidos desde su desmercantilización (Comas, 2017), opuestos al principio de la deuda, pero también desestatalización y desfamiliarización a partir de su inscripción en los bienes comunes relacionales que reproducen personas a partir de vínculos materiales, afectivos y culturales (Federicci, 2013, en Vega, 2019) en las referidas comunidades de cuidado.

El cuidado comunitario, que sedimenta el vínculo social en las casas peul, se inscribe en la coproducción e intercambio de saberes y prácticas respecto a la salud, la enfermedad y la atención entendidos como un caleidoscopio en el cual, a diferencia del mosaico, las partes, en constante transformación y redefinición relacional, están en el todo y viceversa. En otras palabras, la comunidad peul opera a partir del denominado como nomadismo terapéutico (Muñoz, 2020), en este caso desde la autoatención entendida como proceso que condensa y posibilita estrategias interculturales de sostenimiento de la vida. En este sentido, planteo las siguientes preguntas como ejes vertebradores del artículo: ¿qué pueden aportar los conceptos de autoatención y nomadismo terapéutico al análisis de la producción del vínculo social desde el cuidado comunitario no institucionalizado en salud mental/relacional? ¿Qué es y qué puede ser la antipsiquiatría intercultural?

Para tratar de dar respuesta a estas dos cuestiones y generar nuevas interrogantes el artículo se divide en las siguientes secciones: a) en primer lugar, definimos el punto de partida de la antipsiquiatría, adoptado en este artículo, y su relación teórica y práctica con lo intercultural; b) en segundo lugar, describimos los conceptos de autoatención y nomadismo terapéutico y sus posibles articulaciones respecto a la antipsiquiatría intercultural; c) en tercer lugar, describimos y analizamos el movimiento antipsiquiátrico en Bruselas y la emergencia de las casas peul; así como algunas de sus características más emblemáticas desde el marco teórico señalado; d) en cuarto y último lugar, se proponen algunas aperturas respecto a la posibilidad de identificar y/o generar otras prácticas antipsiquiátricas interculturales, distintas a la aquí analizada.

§ 2. Pero ¿qué es la antipsiquiatría?

El concepto *antipsiquiatría* fue propuesto por David Cooper en su conocido texto llamado *Psiquiatría y antipsiquiatría*, publicado en 1967. Si bien fue él quien lo enunció, con repercusiones importantes en su divulgación y difusión, la primera publicación que refiere a la *antipsiquiatría*, según Tomas Szasz (1990), se remonta a un artículo de 1912 cuyo autor es Bernhard Meyer³. Existen diferentes niveles de análisis de las obras teóricas y prácticas de los autores, fundacionales, denominados como antipsiquiatras o críticos de la psiquiatría hegemónica. Me refiero a David Cooper, Franco Basaglia, Ronald Laing o, entre otros, Thomas Szasz. Por un lado, aquellas publicaciones científicas y discursos en, por ejemplo, entrevistas o reuniones fruto de su quehacer intelectual y, en algunos casos, de su activismo y militancia política; y por otro, lo que hicieron (o podemos saber que hicieron a partir de las publicaciones) en su práctica profesional y/o de acompañamiento a las personas con padecimiento mental/relacional. Si bien el fondo común de las críticas de estos y otros autores como Erving Goffman, Felix Guattari o Michel Foucault eran similares en cuanto a su oposición dialéctica al *custodialismo*, sus posicionamientos políticos respecto al papel que debían desempeñar en el cambio no sólo del modelo dominante de la psiquiatría, sino también de la sociedad en la que se inscribía eran muy diversos⁴. Cabe señalar que sus propuestas de tipo teórico y práctico salieron de los círculos académicos, y lograron su actual popularidad, gracias al contexto de movimientos sociales, como el de Mayo de 1968 (Galván, 2009), que por aquel entonces tenían lugar en un sector importante del Norte Global.

Un ejemplo de algunas de las diferencias en las acciones y posicionamientos políticos de esta corriente de pensamiento crítico lo podemos encontrar en David Cooper, Tomas Szasz y Franco Basaglia. Basaglia y Cooper compartieron ciertos postulados respecto al necesario papel transformador de la sociedad capitalista que debían desempeñar en la lucha contra las formas de opresión que desembocaban en la

³ B. Beyer, *Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens*. Halle am Saale, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1912, p. 180.

⁴ De igual modo, sus formaciones disciplinarias también eran muy variadas comprendiendo la filosofía, la psiquiatría o, entre otras, la sociología.

denominada como *locura*. Sin embargo, en el plano de la salud mental, Basaglia dirige sus esfuerzos a propuestas como la ley 180, en 1978, en el parlamento italiano, que tuvo como consecuencia las bases para el progresivo desmantelamiento de los manicomios y la creación de servicios descentralizados y comunitarios (Muñoz, 2021), defendiendo su papel como psiquiatra; mientras que Cooper renegó de su rol como profesional de la salud apostando por una perspectiva anti-institucional y no profesionalizada. Por su parte, Thomas Szasz desarrolló a lo largo de su producción intelectual una ferviente crítica no sólo hacia la psiquiatría sino también hacia la antipsiquiatría, con una especial animadversión hacia David Cooper y Roland Laing (v. Szasz, 1990 o 2008). Sus principales cuestionamientos refieren a los posicionamientos políticos de estos autores, desde una postura que podríamos entender como liberal-conservadora (García-García, 2015) al apelar al individualismo metodológico y a la crítica a la intervención del Estado —también al *Estado de bienestar* y especialmente a los países comunistas (ver Szasz, 1990)—, lo cual tenía implicaciones en su concepción del vínculo entre sociedad y salud mental:

Los psiquiatras han tomado prestado el modelo de la enfermedad de la medicina y con su fuerza, han declarado a la psiquiatría como una rama de la medicina —una especialidad basada en la combinación de una metáfora médica y del poder policial del Estado. De la misma manera, los antipsiquiatras han tomado prestado el modelo de la explotación —del colonialismo, de la invasión extranjera y del saqueo— de la Vieja Izquierda, y con su fuerza, han declarado a la antipsiquiatría como una rama de la Nueva Izquierda, un movimiento basado en la combinación de una metáfora marcial y el poder persuasivo de las promesas y profecías apocalípticas [Szasz, 1990: 73].

Para Szasz los antipsiquiatras no se desmarcaban del lenguaje psiquiátrico, ya que lo proyectaban hacia la sociedad entendiéndola como enferma, y deslegitimaban la crítica a la psiquiatría (Szasz, 1990). Él abogaba por la desaparición de la psiquiatría y por el impulso de una práctica psicoterapéutica privada que denominaba como *autónoma*, confiando en que toda persona es capaz de controlar sus actos y pensamientos (García-García, 2015). David Cooper, en su obra *El lenguaje de la locura* (1979: 170), dirá que el doctor Szasz, «quien a pesar de ser parte del *establishment* es más honesto que los demás psiquiatras», equipara erróneamente la libertad con la Constitución de los Estados Unidos y las leyes burguesas que implican la esclavización

del resto del mundo a partir, entre otras cosas, de la promoción del neocolonialismo. Si en lo teórico existían notables diferencias entre ambos, en lo político, podríamos decir, que no eran camaradas. Ambas aproximaciones teóricas y políticas, como veremos a continuación, no se podrán disociar.

Me detendré en la figura de David Cooper ya que la propuesta de la *antipsiquiatría intercultural* la desarrollo a partir de algunas de sus especificidades⁵. Antes quiero señalar que, de todos los autores mencionados, Cooper ha sido el más excluido en las discusiones académicas y en las publicaciones que refieren a la psiquiatría crítica o a la antipsiquiatría (Chapman, 2016). Esta es una de las razones de la elección de su propuesta como eje central del presente artículo. Como señaló el hijo y biógrafo de Ronald Laing (Laing, 1994), Adrian, sólo hubo un antipsiquiatra entre todos los autores que fueron adscritos a dicha corriente: David Cooper. A pesar de haber nacido en el contexto sudafricano del *Apartheid*, Cooper no incorporó la raza/etnicidad o el género⁶ a sus trabajos críticos de la psiquiatría (Chapman, 2016). La segunda de las razones de su elección responde a dos procesos. Por un lado, las posibles aportaciones de su propuesta al análisis de la práctica de la ayuda mutua y el sostenimiento de la vida en las casas peul. Por otro lado, cómo el análisis de esta práctica comunitaria enriquece la teoría de Cooper a partir de las articulaciones entre la raza/etnicidad, el género y la ciudadanía en la exploración de la construcción del vínculo social y de la experiencia del padecimiento.

Si bien David Cooper propuso el término *antipsiquiatría* él mismo se sorprendió de la desmedida popularización del neologismo: «el vocablo antipsiquiatría no encierra un conjunto doctrinal ni un tipo de praxis estandarizadas, sino una serie de posturas críticas que sólo adquieren sentido en su particular contexto» (Fábregas, Mora y Roig 1977, en Galván, 2009). Cooper defendía una interpretación y acción, respecto a la

⁵ No es sencillo separar ciertos posicionamientos teórico-políticos respecto a la crítica a la psiquiatría, y al papel disciplinario y patogénico de la sociedad, que tienen Franco Basaglia, David Cooper o Ronald Laing. No pasa igual con las prácticas concretas que proponen. La asociación L'Autre Lieu se adscribe a la antropofenomenología de Basaglia, desde sus posicionamientos teórico-políticos, sin embargo, desde mi punto de vista, su práctica en las casas peul, comparte muchas similitudes con la antipsiquiatría de David Cooper por su propuesta defensora de la autonomía del sujeto respecto a lo profesional, biomédico, dirigido/tutelado o clasista de otras experiencias comunitarias (v. Cooper, 1979).

⁶ Otros autores y autoras sí han desarrollado ricos análisis respecto a la relación entre la antipsiquiatría, la opresión de género y el feminismo (ver, por ejemplo, Ongaro, 1984).

psiquiatría y a la *enfermedad mental*, marxista y existencialista de tipo libertario con un posicionamiento teórico y práctico contrario a la autoridad y al dogmatismo y promotor de la des/anti/institucionalización⁷ y de la gestión autónoma. En sus obras *La muerte de la familia* (Cooper, 1986) y *La gramática de la vida* (Cooper, 1978), Cooper propone que lo más importante para cualquier persona es tener un testigo, alguien que reconozca la singularidad de su experiencia y respete su autonomía individual. El testigo no tiene por qué ser un profesional de la salud mental, debería ser alguien con quien viva en una comuna, en una anti-familia en las cuales los roles rígidos de madre y padre, en el sentido de la familia burguesa, no existen (Chapman, 2016). La terapia se entiende como la forma en la que uno se deshace de los fantasmas familiares que lo persiguen y esto se lleva a cabo mejor en la comunidad. Algunas personas, por su trabajo sobre sí mismas, les resultará más fácil actuar de testigos proporcionando experiencias de des y reestructuración. En este sentido, la terapia para Cooper no se da en un ámbito especializado sino en la práctica de prestar atención a cómo las personas se tratan entre sí en la cotidianeidad (Chapman, 2016). Para este autor, la práctica será más importante que la teoría. Esta perspectiva se opondrá también a las denominadas como *comunidades terapéuticas*, impulsadas por Maxwell Jones en 1941 (*ibidem*), aunque sus orígenes se podrían remontar a los años 20 en Estados Unidos (González, 2010), y a cualquier otra forma de comunidad tutelada por profesionales. La labor comunitaria del cuidado no profesional debe estar vinculada a la de su politización y, de forma articulada, a la transformación de la sociedad. Para ello hay que evitar crear islas despolitizadas de privilegiados, como en las comunidades terapéuticas destinadas a los hijos de la burguesía, en las que se encapsula la locura y pierde su capacidad subversiva (Cooper, 1979). Una de las lógicas de estas comunidades en Estados Unidos, señalará, es la del chivo expiatorio a partir del cual

[...] siempre hay alguien en el microedipo que tiene que ser el demente crónico fuera del sistema hospitalario, o el suicida crónico. De lo contrario el resto del grupo se dispersaría, enloquecería o se

⁷ No sólo respecto a los hospitales psiquiátricos sino también a otras instituciones como la universidad, siendo participe, en el contexto contracultural de 1968, de la denominada como *Antiuniversidad de Londres* (Cooper, 1979).

mataría. La mayoría de las víctimas de estos inventos «antipsiquiátricos» preferirían la seguridad de un manicomio ordinario ligeramente liberalizado [Cooper, 1979:150]⁸.

Cooper distinguirá entre tres tipos de locura que implican acciones diferenciadas: a) la locura social, o demencia, caracterizada por los fenómenos del capitalismo como las guerras; la explotación económica, social y entre sexos; las relaciones de competencia, o la destrucción ecológica; b) la locura de viaje interior, o el medio de desestructuración de la experiencia alienada y de construcción no alienada del propio proyecto existencial; y c) la demencia social, o esquizofrenia, creada por entornos esquizofrénicos como la estructura familiar, el trabajo o la escuela. Propone distintas aproximaciones para las tres clases de locura. Frente a la locura y demencia social, la revolución; en la locura de viaje interior, la intervención mínima de cuidado, y frente a la marginación social, el cuidado especializado y el acompañamiento de decodificación crítica de la experiencia que está viviendo (Arnau, 2005). En este sentido, respecto al trabajo del cuidado y acompañamiento, dirá que «tal vez la característica más importante de un liderazgo auténtico consiste en la renuncia al impulso de dominar a los otros» (en Vaz de Oliveira, 2011).

Cooper retomará la obra *El Anti-Edipo*, de Felix Guattari y Gilles Deleuze (1977), y la considerará como «una magnífica visión de la locura como fuerza revolucionaria, la descodificación, el rechazo desterritorializador de la fijeza y la definición exterior de la esquizofrenia» (Cooper, 1979:154). Es en el sentido reivindicativo de Cooper, contra los roles estáticos de los denominados como *terapeutas* o *pacientes*, o de la concepción sedentaria de la locura, desde la psiquiatría, que reside el potencial subversivo de su propuesta poniendo en evidencia las relaciones de poder e invitando a transformarlas a partir de una significación estratégica de la locura como *locus* de disputa y de transformación social. En las aportaciones de Cooper encontramos una *praxis libertaria del cuidado*, pilar del sostenimiento de la vida y del acompañamiento del padecer, que está basada en una propuesta emancipadora de la producción de vínculos sociales a partir de nuevas formas de institucionalidad y de experiencia no vinculadas al

⁸ En este sentido, Manoni advertirá sobre la moda de un sector de la élite inglesa de reivindicar la locura como un pasaporte a partir de los denominados como *viajes* que, para ellos, se han convertido en *modelos de mala conducta* socialmente reconocidos y respetables (Mannoni, 1979).

mercado, a la familia o al Estado. Son sus articulaciones con la clase social, el género, la raza-etnicidad y la ciudadanía lo que me interesa subrayar aquí en el análisis de la antipsiquiatría intercultural desde los conceptos de la autoatención y el nomadismo terapéutico.

2.1. Eso fue hace tiempo, ¿y ahora? ¿por qué es necesaria la antipsiquiatría?

Si bien hoy en día no son frecuentes las instituciones totales, en el campo de la salud mental europeo, sí son todavía una compleja realidad en otros contextos del mundo como el latinoamericano. Allí donde prácticamente han desaparecido, fruto de las reformas, las antaño instituciones totales se convierten en instituciones voraces (Coser, 1980) con lealtades y pactos de silencio, por ejemplo, formativos (en el hospital y en la universidad) y en la práctica clínica, que dificultan la democratización de las relaciones terapeuta/usuario/institución. No se trata, desde mi punto de vista, de mistificar la autoatención condenando su posible complementariedad con formas diversas de atención profesional entre las cuales pueda estar la psiquiátrica y la prescripción de medicamentos. Se trataría, más bien, de democratizar el uso de los medicamentos, y reconocer su importancia como significantes sociales (Van der Geest y Whyte, 1989), o la coproducción de nosologías, evitando el monopolio de la hermenéutica profesional (en términos de Turner, 1987) y el cautiverio farmacológico del usuario entendido como un objeto sin voz descifrado por el ojo del experto. Es en el sentido ampliado de las instituciones (y sociedades) voraces contemporáneas que la antipsiquiatría cobra actualidad en la lucha contra el nuevo custodialismo que representa no sólo el modelo dominante psicopatológico en la atención biomédica, basado en la camisa de fuerza química, sino también su correlato en la desatención en salud y exclusión del sujeto confinado a espacios sociales de abandono (ver Biehl, 2005). En otras palabras, no se trata sólo de la falta de psiquiatras o de camas en hospitales psiquiátricos, sino de, por un lado, las consecuencias lesivas de la forma de atención dominante, basada en un paciente vaciado de contenido subjetivo y escindido de su mundo de vida social y simbólico; y de, por otro lado, cómo este modelo, y su papel monopolístico en el ámbito público, se retroalimenta de una sociedad cada vez más medicalizada, individualista y temerosa de la diferencia.

2.2. Y ¿por qué denominarla «antipsiquiatría» y no «alternativa a la psiquiatría» o, simplemente, «no psiquiatría»?

El término *antipsiquiatría*, como apuntamos anteriormente, ha sido cuestionado por diversos autores al interior y exterior de la crítica a la psiquiatría dominante. Además de la problematización desde el sector político y médico por poner en entredicho el concepto de normalidad y subrayar el ejercicio represor de la psiquiatría como cercenador de la experiencia humana y de formas alternativas de convivencia (Dosil, 2019), también es cuestionado por diversos autores/as que comparten el interés por generar alternativas a la psiquiatría. Una de las críticas principales, reside en señalar que la enunciación y desarrollo de las corrientes teóricas y prácticas antipsiquiátricas han estado permeadas por el paradigma biomédico dominante de la psiquiatría, y del modelo psicopatológico general; eso sí, en términos de su oposición y politización. En el libro *El lenguaje de la locura* (1979) David Cooper señalará algunos de los desaciertos de los usos dados al concepto *antipsiquiatría*, y discutirá si no es más conveniente denominarla *no-psiquiatría*. A diferencia de lo que opinan algunos autores, como Chapman (2016), considero que Cooper no renuncia a este término, adoptando la *no-psiquiatría*, más bien lo coloca en una línea de acción relacionada con la revolución social y política en la cual se encontrará la psiquiatría, la antipsiquiatría y finalmente, en la reducción de la distancia entre estas dos formas de revolución (y, como consecuencia, en la desaparición de las psicotecnologías) la no-psiquiatría⁹ (Cooper, 1979: 143).

En cuanto al término *alternativas a la psiquiatría*, uno de los argumentos para adoptarlo ha sido ir más allá de la crítica reactiva y tratar de desconectarlo de la psiquiatría. Según algunos autores (ver Dosil, 2019) la doble ventaja que tiene es que

⁹ Si bien, existen diferencias entre la práctica psiquiátrica y la psicoterapéutica realizada por psicólogos/as, la tendencia histórica de la conformación del modelo psicopatológico dominante tiene un carácter biologicista, intrapsíquico e individualista basado en los estilos de vida, con elementos periféricos de tipo social. Esto no quiere decir que diversas psicoterapias (practicadas por psicólogos/as o por psiquiatras) no enfatizan en aproximaciones sociales e incluso culturales, me refiero a la tendencia dominante en la práctica clínica plasmada, por ejemplo, en el uso generalizado de manuales diagnósticos como el *DSM-IV*, o el actual *DSM-V*, en los que predomina dicha orientación (ver Muñoz, 2021). Cooper cuestionará las denominadas como *psicotecnologías* que agrupan a la psiquiatría, a la psicología, al psicoanálisis y a las terapias alternativas al servicio del control de las personas a través de la familia *edipiana*, del mercado y de la despolitización del padecimiento (Cooper, 1980).

reconoce la pluralidad de voces dentro del movimiento (sin negar por ello unas preocupaciones comunes) y hace hincapié, más que en la crítica, en las acciones. Las alternativas a la psiquiatría son muy diversas e incluyen a grupos de ayuda mutua autogestionados, la *diabasis*, la *sotería*, el diálogo abierto, el refugio de crisis, así como otras aproximaciones que pueden incluir o no la psicoterapia y cierta medicalización (ver Lehmann, 2013). En algunos casos el intento de desconexión con la psiquiatría parece evidente, en otros se asume el modelo psicopatológico dominante y se tratan de atenuar los efectos lesivos de un posible tratamiento o internamiento psiquiátrico prolongado. De igual forma, los posicionamientos políticos de los actores involucrados en estas prácticas son muy diversos. Se trata, no obstante, de un término aglutinador de múltiples aproximaciones que incluyen a la que aquí denominamos como *antipsiquiatría* (ver Lehmann, 2013).

En este artículo adoptamos el término *antipsiquiatría* por dos razones. La primera es que las personas involucradas en las prácticas de la asociación L'Autre Lieu, con las que realicé mi trabajo de campo, así lo referían. Este término confiere una dimensión crítica al concepto de normalidad y a los entramados económicos, sociales, culturales y políticos que le dan materialidad y sentido; siendo la psiquiatría y el modelo psicopatológico dominante sus representantes más visibles respecto a la salud mental/emocional. Ahora bien, desde el punto de vista de estos actores, no se trata tanto de concentrar los esfuerzos en que la psiquiatría desaparezca, en algunos casos consideran que puede ser complementaria a sus prácticas, sino de producir espacios politizados de cuidados que promuevan la autogestión y la desmedicalización de las personas con padecimiento mental/relacional. Por otro lado, considero que el término *antipsiquiatría*, a partir de la aproximación teórica y práctica de Cooper, se acerca más a la propuesta que aquí desarrollo permitiendo una mayor coherencia analítica en su relación con los cuidados comunitarios no profesionales y los procesos interculturales cuya inspiración son las casas peul. Aunque esta es una elección conceptual para el presente análisis, cobra sentido denominarla, a su vez, como perteneciente a las alternativas a la psiquiatría, de tipo intercultural, cuando refiere a una escala mayor de denominación genérica que, con cuestionamientos comunes, engloba a diferentes propuestas, entre otras la que aquí desarrollamos.

§ 3. ¿Antipsiquiatría e interculturalidad?

Si bien han sido múltiples las contribuciones realizadas por la psiquiatría o el psicoanálisis desde una perspectiva cultural y, con menor frecuencia, intercultural, en Europa y en otros contextos del mundo (Muñoz, 2021), son inexistentes las publicaciones que reflexionen explícitamente en torno a las posibilidades teóricas y prácticas de articular las aproximaciones antipsiquiátricas, basadas en los cuidados comunitarios, con la interculturalidad en salud. Y no es porque la interculturalidad no intervenga en procesos de salud/enfermedad/acompañamiento en salud mental/relacional des o no institucionalizados, sino por tres razones. La primera reside en el hecho de que la antipsiquiatría, al igual que la psiquiatría, tiene un contexto de enunciación principalmente eurocéntrico y considera escasamente en sus prácticas (al menos de manera formal y explícita) la diversidad cultural de modelos explicativos de la salud y la enfermedad existentes y, por ende, su intercambio y circulación. Cabe señalar que, en sus albores, la antipsiquiatría se desarrolló en dicho contexto occidental, enfatizando en su dimensión social y política, el cual estaba exento de una reflexión en torno a la diversidad cultural en la atención en salud en sus Estados nación¹⁰. Estas preocupaciones hasta los años 60/70 habían estado más centradas en la actividad en las antiguas colonias especialmente, y salvo algunos excepciones, a través de la psiquiatría cultural colonial como una forma de control poblacional (ver Muñoz, 2021). Las principales aproximaciones a la intervención de lo cultural en la atención o autoatención en salud, desde las corrientes críticas a la psiquiatría en el Norte Global, se circunscriben a procesos de la denominada como *contracultura* a partir de la década de los 60 (ver Vaz de Oliveira, 2011) (algunos de las cuales se han transformado posteriormente en recursos de la *nueva era*), basados, por ejemplo, en la incorporación de los viajes psicodélicos propuestos por autores como Lain (ver Cooper, 1979 o Szasz, 1990) o de formas de autoatención como la meditación inspirada en el budismo (ver Stastny y Lehmann, 2007).

¹⁰ Esto no quiere decir que autores como Cooper no utilicen ejemplos sobre otras formas entender la enfermedad o la salud en culturas no occidentales (ver Cooper, 1980), me refiero a la dimensión de intercambio y circulación de saberes en las prácticas antipsiquiátricas que llevaron a cabo (en contextos occidentales).

En los contextos del Sur Global, a menor penetración de la biomedicina en la atención de la salud mental, menor ha sido a su vez el desarrollo de la antipsiquiatría, entendida como una respuesta política y relacional. No obstante, existen excepciones como es el caso de México, donde, a pesar de ser minoritario, sí hubo un movimiento antipsiquiátrico con propuestas teóricas y prácticas específicas algunas de las cuales fueron visibles en la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría (con sede en este país)¹¹. En aquella época, principios de los 80, uno de los escasos descentramientos culturales, al menos que hayan sido publicados y yo conozca, al marco eurocéntrico de enunciación de la antipsiquiatría tuvo lugar precisamente en este país, a partir de la propuesta de reconocimiento de otras representaciones y prácticas respecto a la salud/enfermedad/curación. En la obra *Manicomios y prisiones* (1983), coordinada por Silvia Marcos, autores como Bernardo Baytelman (1983) y Carmen Vieytes (1983) proponen la valoración de los terapeutas tradicionales, depositarios de los saberes populares e indígenas, como un eje de reconocimiento y de posibilidad en la línea con las denominadas como *alternativas a la psiquiatría* (en este caso de tipo terapéutico). Estas propuestas adaptaron socioculturalmente la corriente de la antipsiquiatría al contexto de América Latina bajo los supuestos de que: 1) en Latinoamérica se toleran mejor que en Europa las conductas atípicas; 2) los hospitales psiquiátricos no son tan comunes y, en consecuencia, antes que clausurarlos hay que evitar que se sigan construyendo; 3) las instituciones muestran gran resistencia al cambio y presentan una estructura inaccesible, y 4) la importancia de revalorizar la medicina tradicional indoamericana (curanderos, chamanes, yerberos, etc.), que en estos países ofrece alternativas a los métodos represivos y violentos de la psiquiatría (Herrera y Salgado, 1983, en Dosil, 2019). Algunas de estas afirmaciones han sido cuestionadas por su romanticismo, la primera (ver Van Der Geest, 2014 o Eroza y Muñoz, 2021) y la cuarta, y por la posible desatención que implica tener pocos hospitales en una región marcada

¹¹ En México se desarrollaron diversos seminarios sobre antipsiquiatría y desmedicalización, en los que participaron David Cooper, Ivan Illich, Ronald Lain, Felix Guatari o, entre otros, Franco Basaglia. Algunos de los proyectos inspirados en la antipsiquiatría que se realizaron en México, fueron la creación de clínicas de psiquiatría comunitaria; experiencias de psicocomunidad emprendidas en Netzahualcoyotl y en otros barrios marginales; la creación en Cuernavaca de una Red de Apoyo a la Crisis, formada por profesionales de la salud, ex maltratados psiquiátricos, campesinos, curanderos, etc., y el establecimiento de un Centro de Psicoterapia Feminista como alternativa a las terapias sexistas (Marcos, 1982, en Dosil, 2019).

por grandes inequidades sociales y en salud (ver Menéndez, 1990). La revaloración de los terapeutas tradicionales no es una propuesta únicamente formulada por ciertas corrientes críticas de la psiquiatría, se inscribe también en la *Declaración de Alma Ata* (en 1979), y en la importancia que desde distintas disciplinas, como la antropología, y políticas públicas, como la indigenista, se le ha conferido en México a las etnomedicinas.

En el contexto actual del Norte y el Sur Global, podemos encontrar distintas manifestaciones de las corrientes críticas de la psiquiatría en la sectorización de los servicios psiquiátricos, en los grupos de ayuda mutua o en prácticas relacionadas con las medicinas alternativas y complementarias significadas, por ejemplo, a partir de aproximaciones terapéuticas *tradicionales* (y de procesos de autoatención) como una respuesta, más o menos explícita, a la imposición del modelo dominante psicopatológico. En algunos casos, forman parte de un conjunto de prácticas y corrientes teóricas incorporadas a ciertos movimientos religiosos, así como de aproximaciones que se inscriben en el renacimiento de los estudios psicodélicos combinando ciertas medicinas tradicionales con la biomedicina de manera complementaria (Metzner, 2006). Este último es por ejemplo el caso del uso terapéutico de la ayahuasca para el tratamiento de las adicciones en contextos como el brasileño (ver Apud, 2019). En diversos casos su relación con lo terapéutico no está formulada por sus impulsores en términos de salud mental, sino a partir de conceptos referidos a su universo cultural como, por ejemplo, la espiritualidad. Su sentido específico, que remite o no a la salud mental, lo proporcionan con frecuencia los usuarios y las usuarias a partir de sus demandas y experiencias. Si bien estas aproximaciones pueden escenificar una oposición a las terapias ortodoxas de tipo biomédico y/o psicológico, en diversas prácticas de esta naturaleza se utilizan marcos explicativos y metodológicos psicoterapéuticos y/o terapéuticos tradicionales (ver Metzner, 2006). Por otro lado, aquellas que no han sido asimiladas por el Estado, suelen estar circunscritas a circuitos comerciales en las que las etnomedicinas se convierten en etnomercancías que se compran y venden para responder a demandas, en este caso, de salud mental/relacional. Existen ciertas experiencias autogestionadas de cuidado comunitario que tienen lugar al margen del Estado, el mercado y el ámbito privado de la familia, y que no se definen por el acompañamiento que proporcionan respecto a la

salud mental/relacional a pesar de que es una de las demandas de algunos de sus participantes (con frecuencia, como alternativa a la biomedicina o a las psicoterapias). Estas prácticas utilizan, en algunos casos, plantas enteógenas como parte de una ritualidad apropiada y reinventada, y su uso se vincula con el sentido de identidad cultural, cuidado comunitario y/o, entre otras, espiritualidad o religiosidad (ver Kohek, 2020). Dichas experiencias podrían, desde mi punto de vista, acercarse a la propuesta antipsiquiátrica intercultural, si la crítica al modelo psicopatológico dominante (y a las psicotecnologías) forma parte del sentido que le confieren sus participantes.

La segunda de las razones por la que es difícil encontrar estudios sobre antipsiquiatría e interculturalidad tiene que ver con este último concepto. La interculturalidad se ha centrado más en estudiar la formalización de procesos de intercambio de saberes en torno a figuras involucradas en los sistemas de salud, ya sean estos de tipo biomédico o no. Este es el caso, por ejemplo, en España y en Bélgica de la mediación intercultural (Muñoz, 2013) o en otros contextos como el mexicano de los terapeutas denominados como *tradicionales* y su relación con los médicos alópatas (ver Cortez y Campos, 2018). Son comparativamente más escasos los trabajos que abordan la interculturalidad, desde una perspectiva crítica con las relaciones de poder, a partir de las transacciones que realizan los sujetos y sus grupos sociales desde experiencias no institucionalizadas o con institucionalizaciones no vinculadas al Estado. En este sentido, Menéndez sugerirá que la interculturalidad es un proceso normalizado en los comportamientos de la vida cotidiana de los diferentes microgrupos y, especialmente, en las familias y que se puede registrar en la autoatención (Menéndez, 2018).

La tercera razón de la escasa literatura sobre este tema refiere al poco interés que las aproximaciones antipsiquiátricas han tenido en los últimos tiempos, siendo muy puntuales las prácticas que en Europa se adscriben a dicha corriente. Se pueden señalar dos procesos en este sentido relacionados con el fenómeno. Por un lado, la crisis del custodialismo y la apertura, fruto de las luchas sociales, hacia un modelo de asistencia en salud mental sectorizado y comunitario. Por otro lado, como señaló Franco

Basaglia, el hecho de que a menudo se ha enfatizado en los aspectos ideológicos de la antipsiquiatría secundarizando sus prácticas¹².

La cuarta y última razón es que estas prácticas existan, con grados diversos de formalización, y que no hayan sido denominadas como tales en las publicaciones existentes o yo no las conozca. En este sentido, la aportación de este artículo no sólo es que se puedan analizar desde el marco teórico propuesto, sino invitar a la multiplicación de prácticas de acompañamiento en salud mental/relacional de tipo comunitario, intercultural y crítico.

§ 4. El nomadismo terapéutico y la autoatención en las comunidades de cuidados

Si las definiciones dominantes de lo normal y lo patológico tienden a reproducir el esquema epistémico sedentario en compartimentos estancos y con fronteras delimitadas, entendidas como dos categorías opuestas (ver Foucault, 2015; o Antonovsky, 1979), lo mismo ha ocurrido con el denominado como *pluralismo médico* (Leslie, 1980) y su uso a la hora de analizar la diversidad de sistemas médicos, modelos explicativos o, entre otras cosas, prácticas involucradas en el proceso salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p). En este sentido, el pluralismo médico evoca la imagen de un mosaico de representaciones, prácticas o sistemas respecto al padecer, a la prevención o a la atención en salud que *conviven* de manera más o menos conflictual y diferenciada. De igual forma ha homogeneizado con frecuencia la diversidad de puntos de vista existentes al interior de cada uno de ellos, especialmente al interior de la biomedicina, pero también de otros sistemas terapéuticos, así como las relaciones de poder que se manifiestan en las enunciaciones, legitimidades y usos que los sujetos realizan de ellos. Ante este marco conceptual, el *nomadismo terapéutico*¹³ remite a un caleidoscopio en el cual no hay una visión unificada de las partes, sin que las partes, en constante transformación y redefinición relacional,

¹² Ver «Entrevista a Franco Basaglia», en José Luis González Fernández, *Conflicto Psíquico, Salud Mental y Sociedad*. <<http://www.conflictopsiquico.com/2008/04/entrevista-franco-basaglia.html>> [11/11/2021].

¹³ En ciertos ámbitos biomédicos se utiliza el término *nomadismo médico*, como juicio técnico/moral, para explicar el fracaso de la eficacia terapéutica atribuyéndolo a la conducta autónoma (fruto de sus decisiones racionales), errática y desacertada del paciente que acude a diferentes tipos de atención o de terapeutas, no apegándose adecuadamente a la consulta médica y tratamiento (ver Muñoz, 2020).

estén en el todo y viceversa (Muñoz, 2020). En este sentido, el nomadismo terapéutico, como una modalidad crítica del *nomadismo epistémico* enunciado por Deleuze y Guattari (1998), es un devenir que, como proceso y no como conjunto de posiciones o puntos fijos, condensa las tensiones sociales y las especificidades de las praxis y el pensamiento humano en torno a la atención terapéutica y a su búsqueda pudiendo constituirse en la expresión de su éxito o de su fracaso (Muñoz, 2020).

Cabe señalar que la transición entre diferentes epistemes (teóricamente diferenciadas) relacionadas con la s/e/a-p implica con frecuencia formas de complementariedad o síntesis de modelos explicativos y prácticas respecto a, por ejemplo, cosmovisiones o sistemas de salud, a partir de escenarios de disputa por la hegemonía del saber y el acceso inequitativo a los recursos materiales y simbólicos en salud, lo cual, desde el pragmatismo, se inscribirá en lo que hacen y dicen las personas. En este sentido, el nomadismo terapéutico opera en la trayectoria de búsqueda de atención en salud, e incluye la autoatención que realizan los sujetos y sus conjuntos sociales. Dos ejemplos sobre cómo las trayectorias nómadas responden más a la realidad, resolutive o no, de lo que hacen las personas que una perspectiva conductista, lineal y/o en compartimentos estancos se han discutido respecto a la búsqueda de atención de personas indígenas con VIH (Muñoz, 2020) y con epilepsia (Eroza y Muñoz, 2021) en México. En estos dos casos se trata de un tipo de nomadismo terapéutico que hemos denominado como *de facto* al tener lugar de una manera difusa en las relaciones sociales de los sujetos en torno a la búsqueda de atención; esto es, no explicitada o promovida por una propuesta teórico-metodológica concreta. En el caso de las casas peul la modalidad del nomadismo terapéutico corresponde a lo que hemos denominado como *ex profeso* (Muñoz, 2020) al ser visibilizado por la mediación, en este caso, de una asociación a partir de una propuesta de cuidados comunitarios de tipo intercultural.

Antes de señalar cómo el nomadismo terapéutico se articula con la autoatención, en general y respecto al caso que nos ocupa, definiré brevemente a qué me refiero por este último concepto desarrollado por Menéndez. La autoatención, dirá el autor, es casi siempre la primera actividad que el sujeto y el microgrupo ejecutan respecto a los padecimientos detectados. Esa actividad no incluye a ningún curador profesional y *acompaña* todo tratamiento propuesto por curadores profesionales en una trayectoria

en la que la mayoría de los sujetos trata de autonomizar los tratamientos. Cabe mencionar que algunos sujetos y microgrupos deciden no atender al menos una parte de sus padecimientos debido a causas diversas, lo que también forma parte de la autoatención como «una estructura permanente que los microgrupos generan en toda sociedad para atender sus padecimientos, que se caracteriza por un proceso constante de cambio». En este sentido, la trayectoria de búsqueda de atención tiene como punto de partida y llegada la autoatención (Menéndez, 2018:108-109). A diferencia del autocuidado, promovido por la biomedicina desde una lógica individualizante, en la autoatención se encuentra involucrado el grupo social del sujeto (*ibidem*). Un ejemplo de la autoatención y su capacidad resolutive lo proporciona el autor con las olas de calor que experimentó Chicago, años atrás, y el fallecimiento de setecientas personas de la tercera edad, afroamericanas y pobres en su mayoría, que vivían solas en sus casas. En la población latina, concretamente en la mexicana, el impacto fue mucho menor debido a que vivían con sus familiares y operaba la autoatención (Menéndez, 2020).

La autoatención será entonces el proceso de ayuda mutua principal, a través del cuidado, que las personas y sus grupos sociales llevan a cabo para la reproducción de la vida sin la intervención de especialistas. Para ello, como dirá Menéndez (2018), articularán distintos saberes y prácticas que corresponden a sistemas o tradiciones terapéuticas diferentes, entre otros la automedicación o su rechazo. Es en la autoatención que, desde mi punto de vista, se diluye aún más el concepto de pluralismo médico, entendido desde la perspectiva *pluralista* centrada en la coherencia y linealidad del comportamiento humano, así como en las fronteras sistémicas o epistémicas y en las dicotomías de lo concebido como plural (modernidad-tradición, movilidad-inmovilidad, normal-patológico, etc.). Consideramos que los diversos saberes y recursos en salud de tipo profano y experto son apropiados y utilizados por los sujetos desde el pragmatismo de una manera que responde más a lo interexplicativo, e interepistémico¹⁴, que a concepciones diferenciadas y en compartimentos estancos de saberes. Ahora bien, el acceso a los saberes y a los recursos y su puesta en práctica, al igual que ocurre con otros procesos en las trayectorias

¹⁴ Utilizo esta categoría entendiendo lo interepistémico en el sentido de cómo refleja la naturaleza de la construcción y el uso del saber, científico (ver Stengers, 1987; o Almeida, 2015) o lego.

nómadas involucradas en la búsqueda de atención, estará mediado por la posición en la estructura social que ocupan los sujetos y grupos sociales.

Si bien el nomadismo terapéutico no sólo refiere a la dimensión cultural del proceso salud/enfermedad/atención-prevención, puede encontrarse sedimentado en dinámicas de interculturalidad en las cuáles lo *cultural* es concebido, por el investigador (ver Roosens, 1989), de una manera amplia comprendiendo, entre otras cosas, diversos saberes que responden a las trayectorias socioculturales de las personas (profesionales, étnicos, subculturales, etc.); así como abarcando, desde una perspectiva crítica, las relaciones de poder que se establecen entre las personas y los saberes a partir de estrategias de reproducción de la estratificación social y/o de sostenimiento social, biológico y simbólico de la vida (ver Muñoz, 2021).

§ 5. La corriente antipsiquiátrica en Bélgica y las casas peul

La emergencia de las casas peul en Bruselas tiene lugar en el medio asociativo de la década de los 80, involucrado en la crítica al papel de la psiquiatría dominante en el abordaje del padecimiento mental/relacional. En concreto se lleva a cabo en la asociación L'Autre Lieu, la cual se adscribe a la corriente de pensamiento de la antropofenomenología y el existencialismo de Franco Basaglia. En esta etapa, su objetivo principal era evitar o acortar una posible hospitalización psiquiátrica proponiendo a las personas, con padecimiento mental/relacional, lugares de escucha/ayuda y de acogida distintos de los ofrecidos por el sistema terapéutico institucional. Además de este tipo de acompañamiento, desde entonces y hasta la actualidad han llevado a cabo una importante labor activista involucrados en el movimiento político antipsiquiátrico de Bruselas desde el cual, abogan por una práctica desmedicalizada y anti-institucional cercana, desde mi punto de vista, a los postulados de David Cooper. En este sentido, una de sus características fundacionales es el acompañamiento y la mediación de los miembros de la asociación desde un diálogo que no privilegia diferencias de estatus originadas en títulos académicos o en profesiones, siendo irrelevante si, por ejemplo, son licenciados en medicina o

electricistas para dicha mediación comunitaria¹⁵. El aprendizaje de los trabajadores en la asociación se da principalmente a través de la experiencia cotidiana en las diversas actividades que desempeñan y, al igual que en otras prácticas alternativas a la psiquiatría (ver Lehamn, 2013), se basa en no etiquetar y en proporcionar apoyo, escucha y afecto.

El proyecto de las casas de acogida peul tiene su origen en la relación sentimental a mediados de los 80 entre una mujer belga, que trabajaba en L'Autre Lieu, y un hombre peul, de nacionalidad mauritana, residente en Bruselas y en situación indocumentada. A medida que ella convivía con la comunidad peul¹⁶ en la ciudad, se fue dando cuenta de que sus miembros, en situaciones jurídico-administrativas análogas a la de su compañero, vivían en malas condiciones de alquiler, a menudo hacinados en sótanos sin ventilación y con humedad. La mayor parte llegaban a Bélgica tras conflictos y persecuciones políticas en sus países, especialmente en las zonas del sur y de la cuenca del río Senegal en Mauritania (Muñoz, 2021). Por otra parte, ella observa que la comunidad peul es una comunidad en constante movimiento y transformación de sus miembros, debido a su carácter nómada y a las condiciones sociales de desplazamiento forzado en las que viven que les obligan a buscar asilo por Europa, y que se articula en torno a valores como la solidaridad en el seno del grupo, la apertura y hospitalidad hacia el extranjero, el respeto de las diferencias y la afirmación de una identidad coherente. De esta observación surge la propuesta de recrear un vínculo social entre los miembros de esta comunidad, a los que se les facilita el alquiler a bajo precio en una casa comunitaria, y las personas con padecimiento mental/relacional que serán recibidos por la comunidad peul (ver Muñoz, 2021).

En la puesta en común entre trayectorias socioculturales marcadas por dos tipos de exilio, político de los peul y relativo a la salud mental de los inquilinos belgas, tres fenómenos serán importantes. En primer lugar, la persecución y expulsión de las

¹⁵ Existen dos tipos de acompañamiento (una vez al mes): de tipo *individual*, con los acogidos para hablar sobre sus proyectos personales y experiencias en las casas, y *colectivo* con todos los miembros de las casas peul para hablar sobre la convivencia, y apoyar a los inquilinos peul en la gestión de su demanda de asilo político (ver Muñoz, 2021). Se promueven, a su vez, otras actividades al interior de las casas, como talleres de pintura o la edición de una revista, destinadas a las personas belgas acogidas.

¹⁶ Aquellas personas que se adscriben a la identidad étnica peul y son originarios de Mauritania, principalmente, y de Senegal.

personas de etnia peul de Mauritania a partir de los acontecimientos que tuvieron lugar en el conflicto mauritano-senegalés en abril de 1989 y las subsecuentes persecuciones políticas y expulsiones, por parte del Gobierno mauritano, de aproximadamente 120 000 miembros de su población (ver Laigneaux, 2009). En segundo lugar, el progresivo cierre de fronteras en Bélgica, a partir de 1974 y a lo largo de los años 80, y la disminución significativa de la aceptación de demandas de asilo político (ver Muñoz, 2021). Estos dos procesos tuvieron como consecuencia las condiciones de exclusión social que, en este caso en particular, viven las personas peul en situación administrativa irregular en Bruselas. El tercer fenómeno refiere a la progresiva desaparición del régimen asilar de internamiento forzado en los hospitales psiquiátricos y de la histórica implicación de un sector de la sociedad belga en los cuidados comunitarios que se llevaban a cabo a partir de la acogida de personas con padecimientos mentales/relacionales en familias (así como de casas comunitarias en el ámbito público y de la sociedad civil, lo cual todavía persiste en Bruselas).

Cabe señalar que en Bélgica las experiencias comunitarias en salud mental, basadas en la integración de las personas con padecimientos mentales/relaciones en familias de acogida, se remontan al s. XIX. Una experiencia emblemática en este sentido, en el contexto europeo, fue la comunidad Gheel en Amberes fundada a principios del s. XIX pero cuyos orígenes como lugar de peregrinación para personas con «padecimientos mentales/relacionales» (considerados así desde el presente) se remontan al s. XII. La experiencia de Gheel tiene lugar en el contexto del alienismo que se oponía, desde una perspectiva higienista y moralizante, al internamiento de las personas y a los medios de coerción utilizados a partir de un entorno comunitario de familias que los hospedaban. En este sentido, privilegió la reinserción social y la libertad al aislamiento y la coerción, eso sí, con límites impuestos por la exclusión de aquellos sujetos que no se adaptasen a la comunidad suponiendo un problema de seguridad, como por ejemplo los denominados como *monomaniacos* con tendencias homicidas o suicidas. Esta experiencia ha sido considerada como emblemática en la creciente discusión, a partir de la mitad del S XIX y hasta la actualidad, sobre la necesidad de cuestionar el régimen del custodialismo psiquiátrico (Huertas, 1988). Una obra que analiza esta experiencia de manera magistral es el libro *Des fous dans la ville: Gheel et sa therapeutique seculaire* de Eugene Roosens (1977).

En la década de los 70 del s. XX la antipsiquiatría en Bélgica realizó importantes aportaciones a la corriente crítica del custodialismo y de la psiquiatría biomédica dominante a partir de diversos movimientos sociales y de autores referentes como Mony Elkaïm. Elkaïm, psiquiatra nacido en Marruecos, basó su labor en experiencias previas en el sur del Bronx, de Nueva York, en 1970 a partir de la ocupación, por parte de militantes de la antipsiquiatría, de una planta del Lincoln Hospital. Allí comenzaron un programa denominado como Lincoln Detox para adictos a la heroína que consistía en la retirada de metadona cada diez días con seminarios de educación política, seguidos por la integración en la comunidad, principalmente portorriqueña, en la cual hay grupos de activistas, como el United Bronx Parents que habían asumido, desde 1966, la autogestión de diversos aspectos de su vida cotidiana como la salud. La labor de Elkaïm se centraría en aproximaciones comunitarias y no psiquiátricas en colectivos marginados de barrios como Schaarbeek en Bruselas (Cooper, 1979). En 1975 se fundó en Bruselas la llamada Red Internacional de Alternativa a la Psiquiatría con la participación del mencionado Elkaïm y de otros activistas como David Cooper, Franco Basaglia, Robert Castel o Félix Guatari. En Bélgica existe una diversidad de contextos culturales y regionales con características diferenciadas respecto al sistema de atención en salud mental de derecho común y la sectorización de sus servicios. En la región flamenca la atención psiquiátrica se da principalmente en los centros hospitalarios, mientras que en la región francófona y en Bruselas está más extendida la psiquiatría extrahospitalaria y alternativa. Un indicador de esto es la mayor cantidad de dispositivos sectorizados en la región francófona y en Bruselas, y la menor cantidad de camas por habitante en sus hospitales psiquiátricos si se compara con la región flamenca (Orsini, 2004: 115). No obstante, como ya mencioné, ninguna asociación hasta la fecha ha propuesto una aproximación intercultural como la existente en L'Autre Lieu.

§ 6. Las casas peul: un espacio nómada

Existen dos casas peul que tienen características diferenciadas¹⁷, Geefs y Vivier. La casa denominada Vivier se sitúa en la comuna de Ixelles, y está caracterizada por su diversidad sociocultural y por ser principalmente de clase media. El número de acogidos es de tres personas y pueden ser tanto hombres como mujeres. Los inquilinos peul son todos hombres, de entre 20 y 35 años, cuyas mujeres e hijos se quedaron en el lugar de origen migratorio. Aproximadamente son 20 inquilinos peul residiendo en la casa. Aquellos que hacen de intermediarios entre los habitantes de la casa y la ONG son los más ancianos y los que llevan más tiempo viviendo en ella, un número aproximado de 8 personas que residen de forma permanente (Muñoz, 2021). Cabe señalar que en la sociedad peul las y los ancianos tienen un papel importante en la toma de decisiones. Desde la creación de Vivier, ha acogido a más de 200 personas en situación de padecimiento mental/relacional. En cuanto a las reglas de acogida; todo se deja a la espontaneidad de los peul que acogen (Dubois, 2005; Muñoz, 2021).

La comuna en la que se encuentra Geefs, Schaarbeek, es en la actualidad la segunda más poblada de Bruselas capital. Con excepción de algunos barrios, está compuesta mayoritariamente por una clase trabajadora (media y media-baja) de orígenes culturales diversos, entre los que destacan el turco y el marroquí. Alrededor del 20% de la población es de origen extranjero. Todo lo dicho respecto a la casa Vivier se encuentra también en Geefs; la diferencia principal reside en la composición de la comunidad de acogida ya que su centro es una familia. Esta familia también es mauritana y está encabezada por uno de los antiguos inquilinos de Vivier que obtuvo la regularización de sus papeles. La familia, y especialmente las mujeres de mayor edad, se ocupan de mediar en los aspectos relativos a la convivencia entre aquellas personas que viven en la casa. Además de la familia, en el período 2006-2007, durante mi trabajo de campo, la comunidad contaba con tres personas peul y dos acogidos belgas¹⁸ (Muñoz, 2021).

¹⁷ En otro lugar se describen en detalle sus características (ver Muñoz, 2021). Presentaré sólo algunos aspectos puntuales relacionados con los objetivos del artículo.

¹⁸ Los inquilinos peul y los acogidos belgas (y de otras nacionalidades) son personas que viven en situaciones de ruptura social y cuyos ingresos no sobrepasan los topes del artículo 3 de la ley del 16 de julio de 1992. Los que acogen (al tener un estatus de candidatos al asilo político) disponen, o bien del

Una de las características de la comunidad peul en Geefs y Vivier es su naturaleza nómada. Si bien algunos de sus miembros permanecen muchos años en las casas, por ejemplo, la familia en Geefs, la mayoría viven en las casas de forma temporal pudiendo regresar o no al cabo del tiempo. En ese sentido, las casas son un referente para la comunidad transnacional peul y no sólo habitan en ella los miembros cuyo primer destino es Bélgica, también aquellos que se dirigen a otros países europeos. En estos casos, la media del tiempo de residencia en las casas es de tres a ocho meses. De igual forma, a las casas acuden otras personas peul, de Senegal o Mauritania, que residen en Bruselas con el objetivo de reencontrar a sus antiguos compañeros de piso, hablar el pula, compartir una comida o practicar sus ceremonias religiosas. Las casas no sólo son una referencia para las personas peul en Europa, muchos de los belgas que en ellas residieron regresan a visitar a sus antiguos compañeros y en algunos casos, en los que decidieron reestructurar un proyecto de vida fuera de las casas, consiguieron una vivienda cerca de Geefs o el Vivier.

Algunos de los acogidos belgas, hombres y mujeres de entre 26 y 75 años, se han alojado varios meses y otros llevan muchos años viviendo en ellas, no hay un límite establecido para ello (Muñoz, 2021). Dos ejemplos de esto son, por un lado, el de un hombre belga de 74 años que llevaba más de diez años residiendo en Geefs y menciona que desea quedarse a vivir allí para siempre. Por otro lado, el caso de un chico de 26 años, con una trayectoria fuerte de medicalización, que residió durante 4 años en Vivier y decidió comprar y alojarse en un departamento cerca de la casa, y continuar sus estudios universitarios (*ibidem*). En este sentido el vínculo social para la comunidad peul y las personas belgas con padecimiento mental/relacional no sólo reside en la convivencia entre aquellos que las habitan; las casas son un emblema de dicho vínculo y se convierten en un faro que alienta a sortear las adversidades producidas por la discriminación por el origen migratorio y por la condición de salud descentrando la naturaleza cultural de lo normal y lo patológico.

ingreso mínimo de inserción social, o de una ayuda social por parte de un CPAS (Centro Público de Ayuda Social). Los acogidos, al vivir en situaciones de ruptura y exclusión social y no tener un empleo, cobran la mayor parte el ingreso mínimo de inserción social. Ambos pagan un precio a la asociación, muy por debajo de la media del alquiler en la zona, por el alojamiento en las casas (Muñoz, 2021).

§ 7. El cuidado comunitario intercultural

La matriz organizativa de las casas peul, respecto a los cuidados profanos (ver Haro, 2000) de tipo intercultural y a su eficacia preventiva y curativa, entendida como un elemento clave del sostenimiento de la vida, está basada en la recreación de un vínculo social a partir de la solidaridad hacia la diferencia que vehicula la comunidad peul en su seno. En esta definición, producida por los y las activistas (belgas y de orígenes diversos) de la antipsiquiatría y los miembros de la comunidad peul que trabajan en L'Autre Lieu, subyace una gramática de la alteridad (en términos de Baumann y Gingrich, 2004) de tipo orientalista en la cual, siguiendo a Edward Said, se reconoce a los otros (en este caso en términos positivos) a partir de lo que no «tenemos o somos nosotros» o de lo que alguna vez «fuimos nosotros y dejamos de ser».

Esta definición negociada es además un reconocimiento de los otros que tiene implicaciones en la producción del vínculo social a partir del afrontamiento (desde la puesta en común) de dos formas de ruptura social fomentadas, por un lado, por el racismo y la xenofobia que opera en el no reconocimiento de la condición de exiliado político de estas personas peul y en las implicaciones que esto tiene en términos de violencia estructural (Farmer, 2003) (exclusión al mercado laboral, de vivienda, al acceso a la atención en salud, a la alimentación, etc.). Por otro lado, desde la ruptura social que implica el padecimiento mental/relacional y su estigmatización en las sociedades fuertemente individualistas centroeuropeas. Esta puesta en común no es otra cosa que la sedimentación y visibilización de una forma de vínculo social que puede existir de manera difusa en la autoatención basada en las relaciones sociales con componentes interculturales significativos (para los participantes) a partir de trayectorias vitales diversas que cobran sentido en la interacción de los sujetos involucrados. Es, de este modo, la comunidad de las casas peul un microgrupo que sostiene y reproduce la vida, tanto de los refugiados peul como de las personas autóctonas con padecimiento mental/relacional, a partir de una aproximación intercultural. Sin embargo, su interés como sujeto de estudio no radica sólo en las diferencias que promueven *espacios otros*, a partir de expresiones estratégicas de la alteridad, sino también en las semejanzas entre personas que viven distintos tipos de

exilio y emprenden un proyecto colectivo de reconstrucción del vínculo social y de la experiencia intersubjetiva en torno a él.

La convivencia espontánea intercultural es la base de las relaciones sociales en las casas peul. Como dirán los activistas de L'Autre Lieu: «la pauta es que no existe una pauta». Sin embargo, como se ha señalado en otro lugar (Muñoz, 2021), los miembros de la comunidad peul llevan a cabo prácticas religiosas y de convivencia, codificadas culturalmente, que son significadas como importantes para su cohesión grupal y para su sentido de bienestar. En ellas, además de la autoatención basada en el rezo o en el uso de medicamentos cuando los requieren, participan terapeutas tradicionales peul —llamados *marabú* o *cheikh*, en el ámbito musulmán, o *bileedio* en el animista (Dia, 2008). Si bien la forma de autoatención principal para las personas peul en Vivier y de Geefs es la exultación verbal (ver para algunos contextos africanos Thomas y Luneau, 1980).

La palabra, inscrita en la conversación, es un acto de cohesión nodal para la comunidad peul que permite poner en juego mecanismos de prevención y acompañamiento de diversas formas de padecimiento. En mis visitas a las casas peul pude observar cómo el universo del acto conversatorio es una de las prácticas que centralizan a las demás actividades, como unificador entre los ritos pautados del momento del rezo o de las comidas comunitarias. Las conversaciones, pero también los silencios, tienen un tiempo y estilos comunicativos en los que lo *normal* es conversar sin un especial interés o preocupación por cuándo debería terminar el acto comunicativo. No obstante, los belgas que residen en las casas peul no se sienten obligados, al menos así lo expresaron en las conversaciones informales que tuve con ellos y con los trabajadores de L'Autre Lieu, a participar en las formas de sociabilidad que ponen en juego sus compañeros de casa peul. Aquellos que deciden hacerlo expresan que nunca se han sentido rechazados y que, con frecuencia, comparten experiencias de sus vidas con puntos en común, a pesar de haber nacido en continentes distintos, y diferencias en la manera de ver el mundo y la salud.

Es en esta forma de producción de un vínculo social a partir de la circulación de saberes relacionados con la autoatención que se descentra el binomio normal/patológico integrando las diferencias en la convivencia cotidiana. Si escuchar voces es percibido con miedo por parte de los miembros de la sociedad belga que

excluyen socialmente a aquellos que manifiestan este tipo de experiencias, estructuradas en torno a una psicopatología por la psiquiatría, en la comunidad peul se percibe como una nosología popular, denominada *la enfermedad del viento*¹⁹, que reside en un acto de comunicación verbal esta vez llevado a cabo por los ancestros que tratan de comunicarse con aquel que las escucha. Este descentramiento tiene efectos curativos, como se ha discutido en Muñoz (2021) con el caso de F., al proporcionar un marco de reconocimiento desestigmatizante que hasta ahora era inexistente en los contextos de vida y las trayectorias de búsqueda de atención de los acogidos belgas. El miedo a la enfermedad mental, que también pueden experimentar las personas migrantes que provienen de universos culturales de poca penetración biomédica pero que con frecuencia no desconocen las nosologías psiquiátricas (Muñoz, 2021), lo es más a las consecuencias, en forma de discriminación social en el contexto migratorio, de dicho etiquetamiento social que puede atentar contra el principal capital que poseen: el capital salud.

No es sólo, a este tenor, el desconocimiento o la no adhesión de los peul a la cosmovisión psiquiátrica, y sus significados sociales lesivos, la que produce este intercambio descentrando el saber/poder del modelo biomédico y psicopatológico dominante. El marco de militancia antipsiquiátrica en la que tiene lugar los convierte en testigos, en los términos que Cooper (1978) refiere a la transmisión de experiencias significativas en el cuidado comunitario, a partir de saberes legos específicos que permiten el adecuado acompañamiento. A diferencia del universo monocultural y sin etnicidad de la propuesta antipsiquiátrica de David Cooper, la originalidad de esta práctica reside en su perspectiva anticlasista y antirracista que deposita en manos de *los otros*, subalternos por las lógicas de racialización de la ciudadanía y del conocimiento hegemónico respecto al proceso salud/enfermedad/atención-prevenición²⁰, la clave de los saberes que participan en el sostenimiento de la vida. En este sentido, no se trata tanto de encontrar expresiones institucionalizadas de la interculturalidad, como cuando esta se formaliza en las instituciones de salud a través

¹⁹ En fula, el idioma nativo de los peul, *el mal viento* llamado *heendu bonndu* es considerado como vehículo portador de diversas enfermedades ocasionadas por entidades sobrenaturales (por ejemplo Jinnes) o humanas (brujos) (O'Neil *et al.* 2015).

²⁰ Detentado por médicos mayoritariamente europeos, blancos y de clase media que dirigen la atención a una población con sus mismas trayectorias socioculturales.

de programas o políticas, sino de resaltar la dimensión nómada (Muñoz, 2020) e interepistémica del encuentro entre trayectorias socioculturales diversas en forma de ayuda mutua. Algunos de los acogidos, por su parte, complementan la convivencia en las casas peul con las consultas de psiquiatría, si así lo consideran necesario. La perspectiva antipsiquiátrica en la asociación abole las distinciones entre saber experto-profano, pero no opera desde una aproximación dogmática que impida la posible complementariedad con distintas formas de atención biomédica, o de otro tipo, que sean significativas para los sujetos.

Si bien lo enunciado anteriormente puede parecer idílico, la vida cotidiana en las casas peul no está exenta de contradicciones relacionadas con la posición que ocupan las personas belgas acogidas en la estructura social de Bélgica y del universo cultural de las casas peul, por ejemplo, respecto al género o a la concepción de la adaptación/desadaptación al proyecto de convivencia definido por la asociación. La casa Vivier (y también Geefs, aunque en menor medida al haber mujeres en la familia de acogida) está estructurada en torno a un universo cultural masculino coproducido por las personas peul que en ellas residen. Al ser principalmente masculino el patrón de movilidad, en este caso debida al desplazamiento forzado en los países de origen, los espacios de las casas están pensados para los hombres peul. Cabe señalar que la modalidad de acogida implica que son ellos los que reciben en sus casas a las personas belgas (hombres y mujeres) que experimentan padecimiento mental/relacional, a pesar de que no existe un tiempo determinado para la estancia y que serán también sus hogares. Esta configuración cultural del espacio, y la escasa presencia femenina, es experimentada por algunas mujeres como una barrera ya que en ciertos momentos se sienten excluidas de la comunidad (de hombres). Esta exclusión media en las posibilidades de interactuar en algunos espacios ya que perciben que son definidos por los hombres peul y destinados a sus compañeros de casa y amigos. En ello media la configuración de la casa, con un solo salón comunitario por ejemplo, así como ciertos preceptos culturales y religiosos que definen el uso de los espacios en función del género y de prácticas como el rezo colectivo.

El criterio de adaptación de aquellas personas que solicitan ser recibidas en las casas es decidido por las trabajadoras y los trabajadores de L'Autre Lieu, en base a su experiencia a lo largo de los años. Está vinculado, desde sus puntos de vista, con la

potencial viabilidad de la convivencia en función de poder conferir cierta autonomía a los y las solicitantes, la cual reside, entre otras cosas, en un mínimo control de las manifestaciones más desadaptativas (para dicha convivencia) del padecimiento; así como del ajuste con las expectativas y percepciones de sus compañeros de casa peul. Un ejemplo de incompatibilidades, descrito en Muñoz (2021), ocurrió cuando uno de los acogidos, con problemas de adicciones, fue expulsado de una de las casas ya que no se adaptada a la convivencia y él, y los amigos que llevaba a la casa. eran percibidos con miedo por los peul. La complejidad de las trayectorias de los acogidos, y de sus redes de apoyo —en este caso, otras personas con adicciones (ver Muñoz *et al.* 2020)—, pueden poner en jaque a la capacidad de apertura hacia la diferencia de la comunidad peul y de los trabajadores de L'Autre Lieu, la cual está culturalmente situada y se rotura en función de un principio de realidad con normas sociales específicas y experiencias vitales que se adecuan a esas normas. Esto recuerda, en cierta medida y salvando las distancias, a los mencionados criterios de exclusión que tenía la comunidad Gheel en el s. XIX. Si bien los testigos, en términos de Cooper (1978), involucrados en el proyecto pueden poseer experiencias significativas para el acompañamiento de los otros, las casas peul son un reducto de ayuda mutua, con concepciones culturales específicas de la convivencia, en un mundo de problemáticas y violencias relativas a la salud mental/emocional muy diversas.

Las adicciones, articuladas al padecimiento mental/relacional, son en este caso un ejemplo de los límites que plantean los cuidados comunitarios y la coproducción de saberes cuando no se tiene una trayectoria sociocultural común o complementaria, y/o no se poseen los saberes y recursos para poderlas acompañar satisfactoriamente (a pesar de que pueda existir cierta voluntad de ser afrontadas y/o resignificadas por parte de los afectados) en el marco de un proyecto determinado. Al fin y al cabo, el mundo que existe afuera de las casas peul no es ajeno a su vida al interior. De manera articulada a la indagación de estos desafíos y posibilidades, considero que sería interesante explorar las especificidades del proyecto y de los cuidados comunitarios cuando los acogidos son personas de origen africano (no peul), como ha sido el caso en momentos puntuales. De igual forma, la dimensión intergeneracional de la relación entre los participantes podría ser un eje de indagación novedoso en esta y en otras

experiencias de cuidados comunitarios de tipo intercultural en salud mental/relacional.

Un aspecto a tener en cuenta en el análisis del descentramiento de lo normal/patológico, y de sus repercusiones en términos de desestigmatización social, es que las casas peul no son percibidas por los miembros de los vecindarios multiculturales en los que se asientan como *casas de locos*; lo cual sí ocurre con la casa denominada Surson 31. Esto se fundamenta en no ser asociada con la enfermedad mental, y etiquetada como una posible amenaza por algunos vecinos, al ser percibida como una casa más con inquilinos culturalmente diversos (ver Muñoz, 2021). Esta estrategia permite potencialmente sortear las repercusiones del estigma social, por la condición de salud, en el vecindario; entre las cuales está el aislamiento social, en forma de evitamiento o de una interacción mediada por los prejuicios respecto a la enfermedad mental, a partir de interpretar cualquier relación con sus inquilinos como una amenaza.

La asociación L'Autre Lieu desarrolla dos tipos de actividades al exterior de las casas peul, vinculadas con la promoción de la diversidad cultural, y con el activismo político relativo a la antipsiquiatría. La primera, consiste principalmente en la promoción de eventos culturales, como los conciertos (o la proyección de videos), organizados por los miembros peul que residen en las casas, y a los que acuden personas pertenecientes a la comunidad peul de Bruselas, así como autóctonos, o no, de adscripciones étnicas y trayectorias socioculturales diversas. La segunda actividad se lleva a cabo principalmente desde una radio que tienen, en la que colaboran los habitantes de las casas peul, y a partir de eventos (con participantes del mundo académico y asociativo) en los que se discute y promueve la antipsiquiatría. Un elemento importante en la toma de decisiones de L'Autre Lieu es que involucran a todos los y las trabajadoras de la asociación entre los cuales se encuentran miembros de la comunidad peul. En este sentido, la práctica de la asociación se convierte en un dispositivo de mediaciones sociales al interior y exterior de las casas peul que aboga por la promoción de una perspectiva antirracista y desestigmatizante que valora la diversidad cultural y las formas de expresión de la subjetividad no etiquetadas por el miedo hacia la diferencia. De este modo, la experiencia singular, entendida desde una dimensión dinámica sujeta al cambio, enfrenta al paradigma biomédico de la

cronificación del padecimiento mental/relacional a partir de transiciones epistémicas entre formas de concebir lo normal y lo patológico que descentran las estructuraciones del *disease* previas a partir de una nueva socialización. Dicha socialización permite reunir al texto escindido del contexto situacional y comunicativo, entendidos como la ruptura inaugural del padecer (ver Goffmann, 1970), a partir de nuevas formas culturales de producir experiencia significativa y liberadora para los sujetos. Como dirá Cooper, en el *Lenguaje de la locura* (1979:166): «La locura existe como el delirio que consiste en pronunciar realmente una verdad indecible en una situación inexplicable».

Las personas pueden tener diferentes valores, contenidos afectivos, registros memorísticos, expresiones de sus expectativas de vida, o movimientos corporales cuando, en situaciones de multilingüismo, hablan en un idioma u otro, lo cual influye en los procesos de construcción de identidad y subjetividad (ver Koven, 1998; o Ervin-Tripp). De igual forma, se puede diagnosticar a una persona que habla dos idiomas como psicótica en uno y *normal* en otro (Burck, 2004). En este sentido, si el proceso de «ser definido como loco» implica formas específicas de socialización y aculturación en la experiencia y etiquetamiento social de la locura, ver Devereux (1977) y Goffman (1970), la reconstrucción de la experiencia que tiene por resultado la mitigación o la curación de las consecuencias lesivas de dicha definición, está vinculada a su resignificación social y descodificación cultural. Esto no quiere decir que el acompañamiento, por parte de una comunidad o individuo testigo, sea siempre capaz de hacer desaparecer, como por arte de magia, el padecimiento (o, por ejemplo, en términos de la salud mental el denominado como *distress*). De lo que se trataría, en todo caso, es de no profundizar en el daño y de que este, al ser sostenido colectivamente desde un vínculo social, sea sino reformulado y *sanado* al menos más vivible para el sujeto y su red de apoyo.

Para ello, en el proceso de sostenimiento colectivo de la vida ante el padecimiento mental/relacional, el criterio de adaptación a un principio de realidad no es suficiente para definir satisfactoriamente lo normal y lo patológico si, por un lado, como señala Devereux (1977), no se consideran sus articulaciones sociales y culturales desde una perspectiva dinámica y sujeta al cambio que, al mismo tiempo, permita la continuidad de la singularidad de la experiencia; y cuando, por otro lado, se empuja al sujeto a una adaptación extrema en la cual la medida de la normalidad la proporciona un sistema

de normas culturales y relacionales sociales lesivas. Desde la presente propuesta antipsiquiátrica intercultural, nos adscribimos al criterio de la transformación, *versus* adaptación, —en términos de lo señalado por Cooper (1979)— entendiendo que las normas socioculturales que confieren la validez o sanción a las experiencias de las personas no sólo están sujetas a ser reconocidas y aceptadas sino también transgredidas y reinventadas a partir de nuevas narrativas y prácticas desinstitucionalizadas.

§ 8. Del otro que cuida al cuidado del otro. Aperturas hacia una antipsiquiatría intercultural

El movimiento denominado como *antipsiquiátrico*, o *crítico de la psiquiatría*, tuvo un impacto histórico importante que desembocó en sustantivas reformas del sistema custodialista, así como en experiencias emblemáticas de tipo alternativo a la psiquiatría cuya influencia todavía persiste. No obstante, o por esta razón, ha sido cuestionado de diversas formas desde su aparición hasta la actualidad. Uno de los ejes principales de las críticas ha residido en atribuir a este movimiento el menosprecio por el trabajo de la psiquiatría a partir de su oposición radical. Varios de estos posicionamientos con frecuencia no tenían tanto que ver con el daño que, desde sus puntos de vista, pretendían hacerle a la atención a la salud mental, sino también al sistema capitalista y a la democracia liberal. Como hemos visto al comienzo del artículo, los cuestionamientos no sólo han procedido de los defensores del *status quo* de la biomedicina, autores como Thomas Szasz, cuyas obras han sido fundamentales para la crítica de la psiquiatría custodialista, declaraban su animadversión hacia los representantes más *radicales* de la corriente denominada como antipsiquiátrica por su legitimación de lo psiquiátrico (con el prefijo *anti*) y por sus posicionamientos políticos anticapitalistas y anti institucionales. Otras críticas han residido en subrayar que los postulados de la antipsiquiatría son cercanos a los de aquellos políticos neoconservadores, como Ronald Reagan, que desmantelaron el sistema público de salud mental, dejando a miles de pacientes en la calle (ver Menéndez, 1990).

Un cuestionamiento similar a este, y a aquello que Szasz señalaba respecto a las actividades antisistema de Laing subsidiadas por el Estado (Szasz, 2008), podría

hacerse a L'Autre Lieu desde el punto de vista de su lugar subsidiario en la sociedad civil financiado por fondos privados y del Estado. A la hora de proponer formas alternativas de institucionalidad, vinculadas con los bienes comunes relacionales (Federicci, 2013; en Vega, 2019) esta es una contradicción que remite al papel de los Estados, y su monopolio de la violencia, en la reproducción, regulación y distribución social inequitativa de lo común, lo cual incluye ciertos tipos de cuidados y de atención en salud institucionalizada, así como posibilidades de desinstitucionalización. Al calor de estos y de otros cuestionamientos y adhesiones teóricas e ideológicas, la antipsiquiatría como concepto operó más por heteroadscripción que por autoadscripción. No se trata aquí de reivindicar un nombre ya de por sí cosificado, como si de una variable se tratase, sino de reconocer críticamente un proceso, a partir del punto de vista y de las prácticas de los actores, que revela una concepción del vínculo social y de los cuidados distinta a la dominante en la actualidad, con implicaciones teóricas y prácticas en su posible conocimiento, como sujeto de estudio, y coproducción social.

Es en este sentido que la antipsiquiatría aquí propuesta no sólo interpela al modelo biomédico dominante en salud mental, sino también incita a descentrar la concepción monocultural de la antipsiquiatría desarrollada por Cooper, que, como señala Chapman (2016) no ha considerado procesos relacionados con la raza/etnicidad, el género o, añadimos, la ciudadanía en su análisis crítico de las relaciones sociales. Para ello se invita a explorar nuevos ejes de enunciación de la salud, la enfermedad o la autoatención que no se inscriban en la matriz psicopatológica etnocentrada dominante, a partir de movilizaciones culturales estratégicas y de formas de solidaridad y cooperación entre sujetos y grupos con trayectorias socioculturales diversas. Es este sentido abierto de familia y de cuidados basados en el don, en la reciprocidad y en lo interepistémico, operando en los límites fronterizos con el Estado, la familia privatizada y el mercado, que subyacen formas de sostenimiento de la vida no tan visibles, pero sí fundamentales para imaginar horizontes de contrapoder.

No es mi intención proporcionar una receta sobre las posibilidades de exportación universalista de una práctica, en la que se inspira la antipsiquiatría intercultural, sin embargo, mencionaré algunos escenarios de indagación provisional en los que reconocer o generar una experiencia de estas características. Podríamos considerar

como antipsiquiátricas interculturales a aquellas prácticas de cuidados comunitarios que:

- a) Se desarrollan en espacios sociales que no se adscriben a las lógicas dominantes del Estado, de la mercantilización o del ámbito privado de la familia (ver Vega, 2018). En este sentido privilegian el don y la reciprocidad, en sus relaciones de ayuda mutua, ante la deuda y el valor de cambio;
- b) se posicionan críticamente frente a la noción de lo normal/patológico procedente del modelo psicopatológico dominante, considerando que no son dos categorías contrapuestas —no hay nadie totalmente sano ni totalmente enfermo (ver Antonovsky, 1979)—, ni se pueden escindir de las experiencias de los sujetos y de los contextos socioculturales que les confieren su sentido y definición;
- c) relativizan culturalmente el mencionado binomio normal/patológico a partir de la circulación, intercambio y coproducción de saberes que proceden del encuentro entre trayectorias socioculturales diversas;
- d) en el seno de la comunidad de cuidados, abolen la división entre saber experto *versus* profano considerando que cada sujeto es interdependiente de los demás y tiene un saber útil (en términos de salud) para sí y para los otros;
- e) son comunidades abiertas a posibles acompañantes externos, no profesionales y representantes de los colectivos involucrados en la convivencia, los cuales, al igual que los demás participantes, son testigos (en términos de Cooper (1978) en mayor o en menor medida;
- f) defienden la equidad en las relaciones sociales de los sujetos atravesadas por el género, la etnicidad, la clase social, la generación y la ciudadanía, como eje central del sostenimiento de la vida;
- g) se basan en la autoatención, entendida como una forma de ayuda mutua colectiva que opera como un laboratorio de prácticas e identidades socioculturales relacionadas con la salud. La autoatención puede implicar que los participantes complementen los cuidados comunitarios con prácticas medicalizadas, como la toma de medicamentos prescritos por un médico, o de otro tipo; sin embargo, consideran importante la autonomización del sujeto y de la comunidad respecto al campo profesional de la salud mental y de la biomedicina.

Si bien estos son algunos indicadores cualitativos de experiencias posibles relacionadas con la antipsiquiatría intercultural, no se trata más que de hipótesis provisionales sujetas a su comprobación en las representaciones sociales y prácticas específicas de las personas. Y es, no obstante, en dicha comprobación que lo más esperable sería una respuesta en forma de preguntas que cuestionen cualquier parecido de lo propuesto con una taxativa verdad. Como menciona Cooper en *La gramática de la vida* (1978: 10):

Jamás escribiría un libro que intentara proporcionar soluciones, sino sólo apuntar a una gramática o posible serie de gramáticas, de tal naturaleza, que las reglas invitaran al lector a quebrarlas con miras a formar progresivamente estructuras de experiencia liberadas.

Bibliografía

- Almeida, Maria da Conceição Xavier de (2015), «Da ciência como território à ciência como nomadismo», en *Esferas*, vol. 4, n.º 6. 89-98.
- Antonovsky Aaron (1979), *Health, Stress and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Apud, Ismael (2019), «Ayahuasca en el tratamiento de las adicciones. Estudio de cuatro casos tratados en IDEAA, desde una perspectiva interdisciplinaria», en *Interdisciplinaria*, vol. 36, n.º 1. 133-154.
- Arnau, Josep (2005), «Aprender nuestra historia: las aportaciones de la antipsiquiatría vistas desde la contrapsicología», en José Luis Romero y Rafael Álvaro. (eds.), *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona, Kairós.
- Baumann, Gerd y Andre Gingrich (2004), *Grammars of Identity/Alterity. A Structural Approach*. New York y Oxford, Berghahn Books.
- Baytelman, Bernardo (1983), «Cosmovisión y medicina», en S. Marcos (coord.), *Manicomios y prisiones*. México, Red-Ediciones.
- Biehl, João Guilherme (2005), *Vita: life in a zone of social abandonment*. Berkeley, University of California Press.
- Burck, Charlotte (2004), «Living in several languages: implications for therapy», en *Journal of Family Therapy*, vol. 26, n.º 4. 314-338.
- Chapman, Adrian (2016), «Re-Coopering anti-psychiatry: David Cooper, revolutionary critic of psychiatry», en *Critical and Radical Social Work*, vol. 4, n.º. 3. 421-432.
- Comas, Dolors (2017), «El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados», en *Quaderns-e*, vol. 22, n.º 2. 17-32.
- Cooper, David (1986), *La muerte de la familia*. México, Planeta-De Agostini [1971].
- Cooper, David (1985), *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona, Paidós [1967].
- Cooper, David (1979), *El lenguaje de la locura*. Barcelona, Ariel.
- Cooper, David (1978), *La gramática de la vida*. Barcelona, Ariel.

- Cortez, Renata y Roberto Campos (2018), «Políticas públicas de salud para pueblos indígenas en México. 1917-2017», en *El Antoniano*, vol. 133.
- Coser, Lewis (1980), *Las instituciones voraces*. México, Fondo Económico de Cultura.
- Devereux, Georges (1977), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. París, Gallimard.
- Dia, Al Houssein (2008), *La psychiatrie au pays des marabouts: Mauritanie*. Paris, Éditions L'Harmattan.
- Dosil Mancilla, Francisco Javier (2019), «La locura como acción política. El movimiento antipsiquiátrico en México», en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 22, n.º 1.
- Dubois, Veronique (2005), «Les Peuls et l'accueil: Une démarche de solidarité transculturelle», en *Les cahiers de prospective jeunesse*, vol. 3. 30-32.
- Eroza, Enrique y Rubén Muñoz (2021), «Experiences of suffering and therapeutic nomadism of Mayan people with seizures in the Highlands of Chiapas, Mexico», en *The Journal of Concurrent Disorders*, vol. 3, n.º 3.
- Ervin-Tripp, Susan (1964), «An Analysis of the Interaction of Language, Topic, and Listener», en *American Anthropologist*, vol. 66, n.º 6. 86-102.
- Farmer, Paul (2003), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press.
- Foucault, Michel (2015), *Historia de la locura en la época clásica*, volumen I. México, Fondo de Cultura Económica [1961].
- Gailly, Antoine (2010), «La atención sensible a la cultura», en Josep María Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal *et al.* (comps.), *Migraciones y salud*. Tarragona, Universidad Rovira i Virgili, 17-54. Colección de Antropología Médica.
- Galván, Valentín (2009), «La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la *Historia de la locura* en los psiquiatras progresistas», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 29, n.º 2. 485-500.
- García-García, Carlos (2015), *Thomas S. Szasz, precursor de la psiquiatría crítica*. Valencia, Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. Tesis de doctorado.
- Goffman, Erving (1970), *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.
- González, Onésimo (2010), «Consideraciones sobre el "origen alemán de la Comunidad Terapéutica"», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 30, n.º 2. 321-323.
- Haro Encinas, Jesús Armando (2000), «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud», en: Enrique Perdiguero-Gil y Josep M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, 101-162.
- Huertas García-Alejo, Rafael (1988), «La comunidad de Gheel. Una alternativa de asistencia psiquiátrica en el s. XIX», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 8, n.º 25. 257-266.
- Kohek, Maja (2020), *Through the Looking-Glass: The use of psychoactive plants in Catalonia*. Universidad Rovira i Virgili. Tesis de doctorado.
- Kropotkin, Piotr (2016), *El apoyo mutuo. Un factor de evolución*. Logroño, Pepitas de Calabaza [1902].
- Koven, Michèle E. J. (1998), «Two Languages in the Self/The Self in Two Languages: French-Portuguese Bilinguals' Verbal Enactments and Experiences of Self in Narrative Discourse», en *Ethos*, vol. 26, n.º 4. 410-455.

- Laigneaux, Alain. (2009), «Une démarche de solidarité transculturelle. la maison communautaire du vivier à Bruxelles», en *Centre Avec*, 1 de junio. Bruxelles. <<https://www.centreavec.be/publication/une-demarche-de-solidarite-transculturelle-la-maison-communautaire-du-vivier-a-bruxelles/>> [10/12/2021].
- Laing A. R. D. (1994), *Laing: A biography*. London, Peter Owen Laing.
- Lehmann, Peter (2013), «Alternativas a la psiquiatría», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 33, n.º 177. 137-150.
- Leslie, Charles (1980), «Medical pluralism in world perspective», en *Social Science and Medicine: Part B. Medical Anthropology*, vol. 14, n.º 4. 191-195.
- Mannoni, Maud (1979), *La educación imposible*. México, Siglo XXI.
- Menéndez, Eduardo (2020), «Acciones marginadas y ninguneadas pero básicas; Coronavirus y proceso de autoatención», en *Ichan*, n.º 336.
- Menéndez, Eduardo (2018), «Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos», en *Desacatos*, 58. 104-113.
- Menéndez, Eduardo (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata.
- Metzner, Ralph (ed.) (2006), *Sacred vine of spirits: Ayahuasca*. Rochester, Park Street Press.
- Muñoz, Rubén (2021), *Antropología, psiquiatría y alteridad: de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*. Tarragona, Universidad Rovira i Virgili. Colección de Antropología Médica.
- Muñoz, Rubén (2020), «Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida», en *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 85. 88-110.
- Muñoz, Rubén (2013), «Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a la atención sanitaria. Algunas propuestas y problemáticas de sus praxis en Bélgica y España», en *Migraciones*, n.º 33. 97-125.
- Muñoz, Rubén; Carmen Fernández; Sonia Morales y Kimberly Brouwer (2020), «Border spaces: Stigma and social vulnerability to HIV/AIDS among Central American male migrants at the Mexico-Guatemala border», en Jennie Gamblin, Sarah Gibbon, Paola Sesia y Lina Berrio, *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*. London, University College London.
- O'Neill, S.; C. Gryseels, S. Dierickx et al. (2015), «Foul wind, spirits and witchcraft: illness conceptions and health-seeking behaviour for malaria in the Gambia», en *Malaria Journal*, vol. 14, n.º 167.
- Ongaro Basaglia, Franca (1984), «La mujer y la locura», en En Silvia Marcos (coord.), *Antipsiquiatría y política*, 2.ª ed. México, Extemporáneos, 150-171.
- Orsini, Kristian (2004), «La défédéralisation des soins de santé: existet-il un consensus dans les revendications flamandes?», en *Reflets et perspectives de la vie économique*, vol. 18, n.º 3. 115-127.
- Roosens, Eugene (1989), *Creating Ethnicity. The Process of Ethnogenesis*. Londres, SAGE Publishing.
- Roosens, Eugene (1977), *Des fous dans la ville: Gheel et sa therapeutie seculaire*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Szasz, Thomas (2008), «Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil», en *Current Psychology*, vol. 27. 79-101.

- Szasz, Thomas (1990), *Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la psiquiatría*. México, Premia [1979].
- Stastny, Peter y Peter Lehmann (eds.) (2007), *Alternatives beyond psychiatry*. Berlin, Peter Lehmann Publishing.
- Stengers Isabelle (ed.) (1987), *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*. Paris, Seuil.
- Thomas, Louis-Vincent y René Luneau (1980), *La terre africaine et ses religions: traditions et changements*. Paris, Éditions L'Harmattan.
- Turner, Brian (1987) «Professions, knowledge and power», en Brian Turner, *Medical power and social knowledge*. Londres; SAGE Publications, 131-152.
- Van der Geest, Sjaak y Susan Whyte (1989), «The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms», en *Medical Anthropology Quarterly. International Journal for the Analysis of Health*, vol. 3, n.º 4. 345-367.
- Van der Geest, Rimke (2014), *Mejor dejarlo tranquilo*. Tarragona, Universidad Rovira i Virgili. Colección de Antropología Médica.
- Vega, Cristina (2019), «Reproducción social y cuidados en la reinención de lo común. Aportes conceptuales y analíticos desde los feminismos», en *Revista de Estudios Sociales*, vol. 70. 49-63.
- Vega Solís, Cristina (coord.) (2018), *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*. Madrid, Traficantes de Sueños.
- Vieytes, Carmen (1983), [Artículo sin título], en Silvia Marcos (coord.), *Manicomios y prisiones*. México, Red-Ediciones.

