

## TEMA DE INTERES

### Un aporte a la construcción de lo participativo en Salud Comunitaria: Erótica Social

### A contribution to the construction of the participatory at Community health: Social Erotica

Barúa Caffarena A

Acompañante en salud mental de equipos de Atención Primaria de Salud (Ministerio de Salud Pública. 2004 – 2012). Residiendo en Montevideo, Uruguay desde diciembre del 2012.

---

## RESUMEN

Se comparte aquí una serie de problematizaciones acerca de la participación comunitaria en contextos marginalizados y periféricos urbanos. Las reflexiones surgen a partir de trabajos en Atención Primaria de Salud y salud mental comunitaria, particularmente, en los bañados de Asunción, Paraguay. Se plantea la noción de Erótica Social como una forma elaborada desde estas experiencias donde se pone en relieve, para los procesos participativos en dichos contextos territoriales y sociodemográficos, la importancia de la vitalización de los procesos participativos en salud, a partir del reconocimiento, validación, incorporación y celebración por parte de los trabajadores sanitarios de las prácticas de la alegría de los sectores populares urbanos marginalizados. Se sostiene la propuesta desde viñetas de experiencias en cuatro ámbitos de construcción de la erótica social: lo festivo, lo artístico, lo humorístico y lo lúdico. En general, el texto propone una apuesta ético-político-afectiva para las prácticas sanitarias territoriales en contextos de alta desigualdad social.

**Palabras clave:** Salud mental comunitaria. Participación comunitaria. Periferia urbana. Clínica. Erótica social.

---

*Autor correspondiente:* Dr. Agustín Barúa Caffarena. Médico (Universidad Nacional de Asunción, UNA). Psiquiatra (Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana). Antipsiquiatra. Psicodramatista. Educador popular. Maestrando en Antropología Social (Universidad Católica de Asunción). Docente en Medicina, Psicología Comunitaria y Trabajo Social (UNA. 2004 - 2012). Jefe del Departamento de Salud Comunitaria (Psiquiatría – Medicina, UNA. 2010 – 2012). Acompañante en salud mental de equipos de Atención Primaria de Salud (Ministerio de Salud Pública. 2004 – 2012). Residiendo en Montevideo, Uruguay desde diciembre del 2012. Teléfono: 091 488871, e-mail: utopiandoya@gmail.com

*Fecha de recepción el 14 de septiembre del 2014; aceptado el 11 de diciembre del 2014.*

## ABSTRACT

A series of problematizations about community participation in peripheral urban marginalized contexts is shared here. The reflections stems from primary care and community mental health practices, particularly from the urban marginalized low lands ("bañados") in Asunción, Paraguay. For the participative processes in such sociodemographic and territorial contexts, the notion of Social Erotica raises as an elaborate form of expertise to highlight, the importance of vitalizing the participative process in health, by the sanitary workers' practice of joy, acknowledgment, validation, incorporation and celebration of urban marginalized popular social sectors. The proposal is supported from vignettes of experiences in four constructing areas of social erotica: the festive, the artistic, the humorous and the playful.

In general, the text proposes an ethical, political and affective construction for the territorial sanitary practices in contexts of high social injustice.

**Key Words:** Community Mental Health, Community Participation, Urban periphery Clinitaria, Social Erotica.

## INTRODUCCION

Los pobres están condenados a la participación

**Denis Merklen**

No es infrecuente que los equipos de salud territoriales enfrenten dificultades en la construcción de lo participativo. En general, la práctica médica dominante está poco pensada para lo vincular, lo dialógico, lo afectivo, para lo grupal, para lo intercultural; todas estas cuestiones son transversales en lo participativo.

Aquí compartiremos una elaboración acerca de la complejidad de lo participativo, en la experiencia de trabajo (2003 a 2012) en Atención Primaria de Salud y Salud Mental, en el cruce de tres inscripciones: la Dirección de Salud Mental (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay), el Departamento de Salud Comunitaria de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA) y el colectivo clinitaria (colectivo autónomo antimanicomial integrado por estudiantes y profesionales que activó del 2009 al 2013 en los bañados de Asunción (zonas que lindan con el río Paraguay, con una población de unas 80.000 personas en su mayoría de escasos ingresos; estas vecindades son rotuladas de "zonas rojas").

En primer lugar se sitúa el problema en que trabajamos, a continuación elementos introductorios para lo participativo seguido de algunos presupuestos implícitos en ciertas prácticas participativas. Luego se traen las dos nociones centrales del trabajo: Clinitaria y Erótica Social.

Seguido de las referencias teóricas sobre las que se basa esta noción (Antropología Social, Esquizoanálisis, Psicodrama), se describen los aportes que se entiende hace la Erótica Social y cierra mencionando cuatro ámbitos (humor, juego, fiesta, arte) desde los cuales pensamos que se construye la Erótica Social en lo cotidiano territorial que se acompañó.

El trabajo va asentado en viñetas de situaciones vividas con equipos de Atención Primaria de Salud, reflexionando sobre sus prácticas de prevención, atención, promoción y rehabilitación en relación con la participación comunitaria.

## DESARROLLO: PROBLEMA A TRABAJAR

El trabajo en las vecindades fuera de lo hospitalario, la complejidad de dialogar con una persona y no sólo indicar, la vocación de integralidad para reconocer que el proceso salud enfermedad incluye lo cultural y lo económico, los afectos y los deseos, nos demanda herramientas para hacer-con; aquí viene lo participativo, como un ineludible compromiso ético, político y pragmático para una clínica en contextos comunitarios.

Nos preguntábamos en nuestro trabajo territorial en salud acerca de qué podría estar obturando lo participativo en salud. Tres cuestiones se hipotetizan están vinculadas:

1. **Solemnidad:** desde muchas instituciones estatales y organizaciones vecinales, eran frecuentes las formas pomposas y severas de relacionarse como el trato de usted o por títulos o exigiendo una “forma adecuada de vestirse”. Lo solemne promueve y, a la vez, se retroalimenta de los dos puntos siguientes.
2. **Vergüenza:** quien no puede cumplir con las exigencias de las formas circunspectas, es, frecuentemente, o ridiculizado o se autocensura buscando evitar ser burlado en público.
3. **Aburrimiento:** debido a la severidad en la exigencia de las formas que se consideran “serias” en los espacios comunitarios de salud, sólo “los profesionales de la participación” como dirigentes o militantes partidarios sostienen la presencia atenta en dichos lugares (las demás personas permanecen en silencio, o conversando de otras cosas o usando sus celulares).

Todo esto converge y promueve una resistencia a participar, generando una lógica expulsiva.

Esto es difícil de evidenciar pues tienden a ser cuestiones, o veladas o minimizadas; como decía Deleuze (1) “los encierros son moldes, módulos distintos, pero los controles son modulaciones, como un molde autodeformante que cambiaría continuamente, de un momento al otro (...)”. Además particularmente, desde la medicina no solemos tener herramientas para pensarlas.

A continuación la experiencia que contamos, y las tres posteriores, vinculan varios interrogantes de índole tanto ético, político como técnico: ¿Qué tipo de relaciones de poder se pudieran estar produciendo con estas formas de control?; ¿Por qué la gente en los territorios debería participar de nuestras invitaciones?; ¿Qué nos podrían estar sugiriendo el que hayan otras actividades vecinales de mucha asistencia y que no necesitan “convocatoria”?; ¿Cómo vitalizamos (damos vida) a nuestras prácticas cotidianas de trabajo en salud comunitaria?

La “participación” es un tema muy discutido en las zonas marginalizadas o periféricas de las ciudades; Guerrero (2) plantea como se dan procesos de expulsión de poblaciones empobrecidas de zonas de la ciudad de Santiago de Chile, y como hay diferencias en zonas enriquecidas y en las periferias de que se entiende por “seguridad”.

Sirvent (3) trabajando desde la investigación acción participativa y desde la animación socio cultural, menciona como temas que dificultan la participación, a la apatía participativa y el “no te metas”, el miedo carcomiendo cualquier pequeño impulso para la acción comprometida, el “olvido histórico” en términos de una historia cercenada y fragmentada como producto de la represión y del miedo y la internalización y validación como formas legítimas de hacer política institucional, de mecanismos profundamente antiparticipativos como el clientelismo, el internismo o la fragmentación continua, el matonismo y la cooptación. Marengo (4) plantea respecto a la ciudad de Córdoba (Argentina) y en el contexto de políticas neoliberales, que existen profundas contradicciones entre las políticas de vivienda y los desarrollos del mercado inmobiliario expresan. Ramos (5) hablando de la periferia de Bogotá (Colombia) habla de la importancia, para pensar las periferias urbanas y su privación de servicios, de pensar lo público no como adjetivo sino como sustantivo. Blanco, Fleury y Subirats, (6) estudiando la naturaleza y el alcance de la participación comunitaria en sus distintas expresiones, en el contexto de las periferias urbanas en España y México postulan que el parámetro fundamental para distinguir entre las posibles formas y formatos de la participación es su capacidad de transformación de las relaciones de poder que reproducen sociedades excluyentes. Aymerich (7) aborda la idea de segregación socio-espacial y comenta experiencias anti-segregación como la de La Haya (Holanda) con subvención a los bajos ingresos, institucionalización de las políticas de vivienda desplazando a las lógicas de mercado y potenciación de los espacios públicos; también habla de las experiencias de presupuesto participativo emblemáticas de Porto Alegre (Brasil).

### **Viñeta Clínica 1: Espantando moscas**

*Desde un equipo de APS, cuentan que hacía 1 año un joven se suicidó tras enterarse que su pareja y su mejor amigo tenían una relación oculta. Agregan que el día anterior a esta intervención, se suicidó la segunda pareja, y la muchacha estaba muy afectada y temía que la familia del joven la ataque; se decide dividirnos en dos grupos: uno, va a la casa de la muchacha, otro a la casa del joven que se estaba velando.*

*Al llegar al velorio con una licenciada en enfermería, entramos al cuarto donde sobre el ataúd había una bandera del club de fútbol y estaba la madre recostada espantando moscas del cuerpo de su hijo. Le pido a mi compañera que siga espantando para poder conversar mejor con la mujer; ella nos ofrece tereré, la enfermera le dice que no se moleste, y yo insisto en aceptar.*

*En medio de la conversación iniciada se acerca una persona llorosa con los ojos rojos y acuosos, nariz congestionada, era un familiar, a quien invito un tereré. Así siguió la charla, y acabamos retirándonos, acordando que la agente comunitaria (vecina) estaría a la noche, y en el entierro, y que el equipo volvería en un par de días dejando nuestros números.*

*Al salir, mi compañera manifestó su desconcierto e incomodidad por haber tenido que compartir el tereré con esta persona “mocosa” y por el lugar de espanta-moscas.*

Incluir la cultura local (el tereré compartido), la intervención en contextos inusuales (velorios), la plasticidad para trabajar con demandas emergentes (espantar moscas), fueron algunas de las cuestiones que se resaltaron de esta experiencia.

## ELEMENTOS INTRODUCTORIOS PARA LO PARTICIPATIVO

El debate de lo participativo tiene variados antecedentes políticos y teóricos: perspectivas liberales de la participación, Rousseau (8), Mill (9), el marxismo Lucacks (10), Gramsci (11) la investigación acción de Lewin (12), el anarquismo de Proudhon (13), Kropotkin (14), la epistemología de Kuhn (15), Feyerabend (16). Es presumible que la palabra “participación” (y sus concreciones) sea el resultado de un dinámico, poliédrico y conflictivo proceso. Plantea Fals Borda (17) “*participar es, por lo tanto, el rompimiento voluntario y vivencial de la relación asimétrica de sumisión y dependencia en el binomio sujeto-objeto*” esto es un reto particular para pensar desde que lugares se relacionan las instituciones estatales (servicios de salud, universidad) con personas y organizaciones de vecindades “periféricas”.

Para pensar los diferentes lugares desde donde se producen las prácticas en lo participativo, en la **tabla 1** ofrecemos una clasificación general que postula los tipos de participación.

**Tabla 1.** Clasificación de los tipos de participación

<b>Tipo</b>	<b>Características</b>
<b>Manipuladora</b>	Participación con “representantes de la gente” en instancias oficiales, pero que no han sido elegidos y no tienen poder de decisión.
<b>Pasiva</b>	La gente participa <b>siendo informada</b> de lo que ya ha sido decidido o ya ha sucedido. La información que se comparte pertenece sólo a los agentes externos.
<b>Por consulta</b>	La gente participa <b>siendo consultada</b> . Agentes externos definen los problemas y los procesos de recolección de información y por tanto el control del análisis. No se genera compromiso de tener en cuenta las visiones de la gente consultada.
<b>Por incentivos materiales</b>	La gente participa fuertemente vinculada a beneficios de <b>recursos materiales</b> .
<b>Funcional</b>	La participación <b>es un medio para lograr los fines de los agentes externos</b> y cumplir los objetivos de un proyecto. Este involucramiento puede ser una co-optación, o ser interactiva e implicar decisiones compartidas, pero lo fundamental es que las decisiones más importantes son tomadas por estos agentes externos.
<b>Interactiva</b>	La gente participa del análisis, desarrollo de planes de acción y formación de instituciones locales. La participación <b>es vista por las instituciones y los agentes externos como un derecho</b> , no sólo como el medio para alcanzar ciertos objetivos.
<b>Autónoma</b>	La gente participa <b>tomando iniciativas</b> para cambiar sistemas <b>independientemente de instituciones ajenas</b> a la vecindad. Desarrollan contactos con instituciones externas por recursos o asesoramientos técnicos, pero retienen el control sobre cómo se usan los recursos. Este tipo de movilización puede o no desafiar las distribuciones de recursos y poder existentes.

Modificado de Pretty, J. (1995). *Participatory learning for sustainable agriculture*, World Development, Vol. 23, N°8, Elsevier, Londres..

Como en toda clasificación, las descripciones resultan insuficientes para dar cuenta del participar, sus complejidades y sus contradicciones, sin embargo, aporta algunas pistas para orientar la reflexión sobre nuestras prácticas.

Trabajamos dos referencias acerca de la participación en salud territorializada.

Desde una perspectiva latinoamericana, y en la Psicología Comunitaria, Maritza Montero define la participación social como “un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (18). En términos de lo macro-político (entendido como lo que se articula alrededor del estado y su disputa en: instituciones, partidos, sindicatos), hacemos nuestra una crítica, expresada por Foladori (19), de que frecuentemente la Psicología Comunitaria ha tendido a adaptarse a los sistemas sociales imperantes, y a no tener una crítica de las instituciones en que opera. Otra entrada es la relación a la participación micro-política. Lo micro-político supone pensar (20), el deseo en el campo social sin quedar capturado por modelos universales, ni marxistas ni psicoanalíticos. Suely Rolnik advierte “La propia esencia del lucro capitalista está en que no se reduce al campo de la plusvalía económica: está también en la toma de poder sobre la subjetividad” (21); este hace hincapié en la subjetividad como eje de lo micro-político, se vincula con el cuestionamiento que desde este trabajo se plantea a las perspectivas mencionadas por subestimar cuestiones como lo afectivo, lo caótico, lo incierto, lo ameno, a favor de aspectos racionales, lógicos y analíticos.

## **PRESUPUESTOS IMPLÍCITOS EN CIERTAS PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS**

Se traen, brevemente, elementos que pueden ayudar a pensar lo que consideramos subyace a ciertas prácticas de participación, aportando a la comprensión de la complejidad que hace a sus dinámicas.

a. **Racionalidad Instrumental.** En general, las propuestas de participación están centradas en el para qué, en lo que se quiere lograr con estas. Estos sentidos casi únicamente utilitarios se ven tanto entre trabajadores de salud como en lo vecinal; una lógica de “¿Y qué gano con esto?”. Esta racionalidad la entendemos vinculada al concepto de racionalidad instrumental, entendida como la que sirve para buscar el camino más eficaz para conseguir un objetivo determinado. Sus principales premisas son el cálculo y la efectividad. Los teóricos de la escuela de Frankfurt, Theodor Adorno y Max Horkheimer, cuestionaron que exista una realidad sólo en la órbita de la mera pragmatidad, instrumentalidad y monetariedad. Con su obra *Dialéctica de la Ilustración* (22), plantean que la racionalidad instrumental es un método para incrementar el potencial del ser humano con el objetivo específico de dominar la naturaleza y se interesa únicamente en los instrumentos. ¿Qué sucede con todo lo que queda por fuera de esta lógica? En lo sanitario, frecuentemente se ven objetivos predefinidos unilateralmente, y estas son las “metas”, quedando por fuera los sujetos locales.

b. **Institucionalización.** Trabajamos dos de sus lógicas:

- **Burocratización.** Están fuertemente instaladas en el sentido común las quejas de “malos tratos” en las instituciones de salud en general; lo burocrático lleva ya un largo debate conceptual desde los trabajos clásicos de Max Weber (23).

Intentando dimensionar la importancia de esto, tomamos la idea de Bleichmar (24) quien, pensando con Hannah Arendt, plantea como crítica a la burocratización, en este caso en la experiencia nazi: “la acción no se sostiene en el intento de demoler al otro sino en el desconocimiento liso y llano de su existencia, en la ausencia de todo reconocimiento de lo que se produce en el otro como semejante, en la desarticulación de toda empatía, bajo esta forma se ejerció lo que Hannah Arendt llamó la “banalidad del mal”. El hecho fue de que cualquier burócrata podía llevar durante la Segunda Guerra Mundial planillas con número que controlaban y tornaban más eficientes los planes de exterminio, racionalizaban recursos, decidían la forma de la muerte a partir de una medición de costos, materiales y efectos buscados” (23).

- **Tecnocratización** el discurso tecnocrático suele imponer categorías (“modernización... desarrollo... ciudadanía...”) que se reproducen sin debate en tanto marco de referencia para el análisis de las prácticas, dejándolo por fuera al naturalizar sus implicaciones, a la vez, los discursos originados por vecinos en los territorios son frecuentemente menospreciados.

Ambas, burocratización y tecnocratización pueden operar, en los territorios donde trabajamos en salud, distanciando y auto jerarquizándose por encima de las formas, sentidos y modalidades locales vecinales populares, tendiendo estas a ser obviadas o abiertamente despreciadas

c. **Lógicas político estatales.** En general, las perspectivas políticas que se centran en lo estatal comparten las lógicas de lo uno (en tanto se centra en la unicidad: por ejemplo, un candidato, un presidente), lo jerárquico (concibe, intrínsecamente anudado a lo organizativo, lo vertical) y lo acumulativo (se prioriza acopiar votos, parlamentarios, intendencias).

Estas lógicas tienden a capturar la idea de lo político desde este lugar, descalificando otras formas. Es muy frecuente que esto se haga visible en “el año electoral” o en las prácticas prebendarias de sumar gente a trabajar a cambio de lealtad partidaria.

d. **Patriarcalismo y Adultocentrismo.** Ambos órdenes coinciden en invalidar a la niñez y a las mujeres, configurando y asignando a los varones adultos, el lugar de lo público, tendiendo a segregar fuera de los lugares de decisión sobre lo público. Aquí hay múltiples manifestaciones de visiones patriarcales pero quizás la más visible nos fue que en salud mental, no ofrecíamos nada sensible ni afín culturalmente para los varones.

e. **Juicio moral.** Aquí se problematiza la valoración a partir de juicios preconcebidos que se consideran universales, fijos, trascendentes. Nos dice Larrauri (24) que la trascendencia consiste en creer en una realidad superior según la cual se establece lo que está bien y lo que está mal: poca importancia tiene que esa realidad superior la situemos en los cielos, en las ideas, en el futuro, en la promesa política de un mundo mejor, en el más allá del socialismo o en lo que sea. Lo que tienen en común todas las trascendencias es la voluntad de juzgar la vida desde el exterior. Esto dificulta la necesaria particularización del análisis para cada situación.

La valoración desde una posición de “lo bueno y lo malo” está frecuentemente extendida y naturalizada; las conductas de las personas en los contextos de salud muchas veces son lugares de exposición para esto.

## **Dos nociones: Clinitaria y Erótica Social**

Aquí hablamos, primero y sucintamente, del enfoque que hace parte (Clinitaria) para luego detenernos en la Erótica social.

### ***Clinitaria***

Es un modo de acercamiento, vinculación y acompañamiento a comunidades; es un neologismo que articula lo clínico y lo comunitario dentro del campo de la llamada salud mental (25). Fue construido en experiencias en villas, asentamientos y bañados de la Asunción Metropolitana.

Entendemos que una clínica pensada desde cotidianos comunitarios implica especificidades que contextos hospitalarios no ofrecen. Esta idea nos lleva a intentar buscar una síntesis dinámica donde ambas cuestiones (lo clínico y lo comunitario) dialogan a partir de las demandas que surgen en los territorios.

Tiene cuatro transversalidades que la articulan: lo transdisciplinario, lo intercultural, lo antimanicomial y la opción popular. Esta perspectiva se pone en juego a través de “sensibilidades”, una de las mismas, es la Erótica Social.

### ***Erótica Social***

Esta noción construida desde nuestra experiencia en salud mental y atención primaria de salud, entiende a la Erótica Social como la vitalización de los procesos participativos en salud, a partir del reconocimiento, validación, incorporación y celebración por parte de los trabajadores sanitarios de las prácticas de la alegría de los sectores populares urbanos marginalizados. El trabajo se centra en experiencias con estos grupos sociales; no invalida que haga sentido con otros pero aquí se sistematiza a partir de experiencias sólo con los primeros. La idea de *Eros* aquí es tomada asociada a la alegría, a lo vitalizante; la amplitud de este mito trasciende al amor erótico (a donde, por su uso común, suele circunscribirse), sino se extiende al impulso creativo de la naturaleza.

Hay dos cuestiones fundantes de lo erótico social: lo vital y lo alegre.

1. Lo vital. Está planteado desde el vitalismo, esto es entendido - con Larrauri de nuevo y en adelante - como “Aquellos que aman la vida no porque están acostumbrados a vivir, sino porque están acostumbrados a amar” (Nietzsche). El amar la vida porque estamos acostumbrados a amar, no tiene que ver con “no podemos vivir sin amar, sin desear, sin dejarnos arrastrar por el movimiento mismo de la vida”; amar la vida es aquí amar el cambio, la corriente, el perpetuo movimiento.”

Lo vital es planteado en relación a las siguientes cuestiones:

a. Deseo. En general, tenemos la idea de que lo difícil es lograr lo que se desea (posesiones, familia) pero aquí se discute si cuanto, en eso que logramos, estamos puesto nosotros, y cuanto somos deseados o por otros o por mandatos sociales.

Lo deseante serían flujos y fuerzas afirmativas que aumentan nuestra potencia, nuestro poder-hacer.

En general, la formación médica suele estar mucho más afín al polo enfermedad que al polo salud. ¿Qué importancia puede tener la alegría para lo médico? Nos dice Alicia Fernández (26) que, por ejemplo, *“sin alegría, el dolor se hace impensable”* o como comenta Pavlovsky es la *“alegría de perderse en el otro sin miedo. (...) de poder desaparecer permaneciendo.”*

¿Cómo plantearnos cotidianamente los cuidados de la alegría para nuestra tarea? Al respecto, cuenta su experiencia la actriz Muguercia *“establecí un ritual (...) cuando pasaba junto a la capilla yo me paraba allí e invocaba a mi papá, conversaba con mi papá porque mi papá fue un maestro, un pedagogo muy entregado a su vocación. Y yo siempre dialogaba con él un momento, parada frente al cristal, y le decía: Ayúdame que haya alegría, que haya creación en lo que voy a hacer”* (27).

Una noción que ayuda a precisar es la del alegrismo. Gonçalves (28), refiriéndose al alegrismo, cuestiona el jueguismo y lo *“ligh”* y postula que hay un trueque donde “los alegristas” se quedan con la alegría, cediendo todos los derechos sobre “la seriedad” y sus disfraces favoritos como “la solemnidad.”

b. Potencia. Plantea lo vital asociado al poder hacer (*potentia*) spinoziano, donde se cuestionan los rótulos que capturan nuestro producir. Por ejemplo: entre un caballo de carrera y un caballo de tiro, el de tiro está mucho más cerca de un buey que de un caballo, mostrando como el nombre vela su hacer, hacer que considera la dimensión más importante de los seres vivos.

Poder pensar a los seres como potentes es primordial en territorios donde priman las estigmatizaciones.

c. Multiplidad. Se plantea que mientras más sentidos desplegamos, más nos afirmamos en la vida; y mientras más nos estrechamos, quedamos más vitalizados. Aquí Deleuze y Guattari (29) toman el ejemplo del rizoma, esta estructura botánica no tiene ni arriba ni abajo, crece por donde puede y la compara con la perspectiva arborescente (raíz abajo, tronco al medio, copa arriba) como metáfora para pensar los convencionalismos y las parálisis que tenemos en nuestras formas de pensar y de hacer.

d. Afectos. Plantea que mientras más cuestiones nos afectan, nos sensibilizan, nos conmueven, estamos más vitalizados. Trabaja el ejemplo de las garrapatas que son sensibles a sólo dos cuestiones: temperatura y movimiento.

e. Misterio. La idea de potencia (descrita arriba) se relaciona con la idea spinoziana de que “Nadie hasta ahora ha demostrado lo que puede un cuerpo” (30); esto nos ofrece la posibilidad de reconocer la dimensión misteriosa de lo humano: lo incomprensible, lo cambiante, lo imprevisto.

Esta visión nos permite la sorpresa; como planteaba Makarenko: “el inicio de la relación terapéutica es la sorpresa, la sorpresa es la condición de posibilidad (...)” (31), contando que en el hogar de jóvenes que dirigía la primera actividad a la llegada de uno, era con quien llegaba, el ritual de la quema del prontuario de antecedentes de los jóvenes, decía que era para combatir la venganza.

En poblaciones altamente estigmatizadas, este punto es decisivo para poder crear con ellas.

2. Lo alegre. En general, la formación médica suele estar mucho más afín al polo enfermedad que al polo salud. ¿Qué importancia puede tener la alegría para lo médico? Nos dice Alicia Fernández que, por ejemplo, “sin alegría, el dolor se hace impensable” o como comenta Pavlovsky es la “alegría de perderse en el otro sin miedo. (...) de poder desaparecer permaneciendo”.

Una noción que ayuda a precisar es la del alegrismo. Gonçalves (33), refiriéndose al alegrismo, cuestiona el juego y lo ligh, y postula que hay un trueque donde “los alegristas” se quedan con la alegría, cediendo todos los derechos sobre “la seriedad” y sus disfraces favoritos como “la solemnidad”.

## SOPORTES TEÓRICOS

Hay tres campos del conocimiento que sostienen la noción de Erótica Social:

**1. Antropología Social:** Lo antropológico ofrece aportes como:

- **Relativismo cultural.** Fue una corriente en la disciplina, que devino en uno de sus pilares: esta, reivindica que cada cultura debe ser valorada desde el reconocimiento y validación de sus propios parámetros. Cuestiona a la mirada etnocentrista que sostiene que existen construcciones humanas con valor universal.
- **Alteridad.** La idea de alteridad como la otredad, como lo otro que no es uno. Como vivimos la diferencia es un problema ético y político fundamental; esta discusión es enriquecida por Emanuel Levinas (34) quien entiende que la dimensión que permite al sujeto salir de sí mismo, de su mismidad es el misterio, proponiendo así que la ética es no cancelar nunca lo infinito.
- **Colonialidad.** Patricio Guerrero (35) diferencia colonialismo que hace referencia a un momento histórico marcado por la dominación de determinadas metrópolis sobre sus colonias, y que, supuestamente, terminó con la independencia; respecto a colonialidad, que es una realidad de dominación y dependencia a escala planetaria que no ha concluido, que se inicia con la conquista, que sobrepasó el periodo colonial, se mantuvo después de la independencia en el periodo de surgimiento de los Estados Nacionales y continúa operando en la actualidad.

**2. Esquizoanálisis:** En la década del `60 el filósofo Gilles Deleuze y el psiquiatra Felix Guatarri articularon una propuesta que, al decir de Saidón (36), revisaron las líneas duras del teorismo estructuralista que hegemonizaba el modo de leer las obras Marx y Freud. Entre otros cuestionamientos, planteaban la universalización del triángulo edípico para todas las culturas, la captura de la noción de inconsciente por la idea de la falta, el reduccionismo economicista, la marginación de lo vincular, lo cotidiano y lo no masivo para lo político transformador. En general le cuestionan a cierta ortodoxia marxista, haberse mantenido dentro de una perspectiva filosófica de universalidad y totalidad, en desmedro de lo múltiple y lo singular (37).

**3. Psicodrama:** Es una escuela en psicología creada por Jacob Moreno (38) en la que se hace hincapié en los afectos, lo corporal y lo grupal. Sus criterios de salud mental son la creatividad y la espontaneidad.

## APORTES

Se consideran aportes a lo participativo, desde la Erótica Social:

**1. Lo emancipatorio.** Emancipar, del lat. *Emancipāre*, sería liberarse de cualquier clase de subordinación o dependencia; se anuda la idea de Erótica Social a una vocación liberadora; se une el participar al complejo debate de las relaciones de poder.

**2. Habilitación de lo corporal y lo afectivo.** Se trata de validar y celebrar dos dimensiones “prohibidas”: la corporal y la afectiva, complementarias a lo racional y lo verbal. Al reconocerlas, a más de dotarnos de un lugar de mayor complejidad para nuestro actuar, el hecho de que muchas veces ambas cuestiones tienden a ser de uso más libre y creativo entre los sectores populares puede acercarnos a ellos.

Un punto fundamental es colocar esto en nosotros mismos, en nuestros cuerpos, no sólo como un recurso teórico o una “*técnica rompehielos*”; o sea: no podemos invitar a incluir a lo corporal y a lo afectivo sino a través de poder colocar nuestros afectos y corporalidades en juego.

**3. Caos e incertidumbre.** Transitar reconociendo lo caótico y lo incierto, trabajando a la par nuestras rigideces y necesidad de control, puede darnos pistas para romper arbitrariedades y tabúes.

**4. Opción por lo cultural popular.** Ante imaginarios que criminalizan, o al menos, desprecian las construcciones culturales de los sectores populares, se considera necesaria una simpatía (*sympatheia*), ese sentir con el otro desde el agrado para poder pensar -desde un respeto mínimo- sus formas, sus gustos, sus cosmovisiones. Esto no implica una posición fanática (“pobrista”) sino entender, parafraseando a una socióloga peruana, que “no estamos ni a favor ni en contra de los pobres: “estamos con”. Ese “con” es una presencia cercana y comprometida y a la vez crítica.

**5. Lo público y lo común.** En general, la discusión de la privatización del espacio público es un tema largamente discutido, desde el urbanismo hasta las ciencias de la comunicación. El avance de lógicas de lo privado como la proliferación de *shoppings* o el aumento de la oferta de canales y del tamaño de los televisores, desafía a pensar nuevas formas de habitar lo público como espacio de reconocimiento, de des-extrañamiento y de des-enajenación, tratando de que el otro sea menos un desconocido, y por ende, un peligroso. Busca facilitar el poder vivenciar lo público no como un espacio amenazante sino imprescindible para el encuentro, como ese común que pertenece a varios.

**6. Rebeldía.** Incluye una dimensión de inconformismo, de inquietud. Nos decía Augusto Boal “*Si el oprimido no trasgrede en algún lugar posible, siempre va ser un oprimido*”. Se necesita estar sensibles a las formas de rebeldía que construyen los grupos oprimidos, quienes lo hacen pese a vivir en condiciones de terror; en esta línea, Scott nos habla de los “*discursos ocultos*” (39), y lo ejemplifica muy gráficamente con este proverbio etíope: “Cuando el gran señor pasa, el campesino sabio hace una gran reverencia y silenciosamente se tira un pedo”.

La tarea de validar la inconformidad y la exigencia de las personas que usan los servicios de salud representa, para quienes trabajamos allí, un reto ineludible de asumir para disminuir las asimetrías sabiendo que es frecuente que los espacios sanitarios sean de sumisión y obediencia.

## ÁMBITOS DE CONSTRUCCIÓN

Los mismos son lo festivo, lo artístico, lo humorístico y lo lúdico.

Aquí se viene pensando, se despliega, lo vitalizante de la Erótica Social. Esto está puesto así sólo a condición de que se entienda que la erótica está vertida en la vida, y no se ciñe ni a recortes ni a taxonomías. Esquemáticamente se presenta a través de ejemplos; todos ellos comparten la búsqueda del vitalizar los procesos (con sus características mencionadas antes: deseo, potencia, multiplicidad, afectos, misterio) y de lo alegre.

### 1. Festivo.

*De 1976 a 1979, durante la dictadura militar de Alfredo Stroessner (1954 – 1989), funcionó en la Cárcel de Emboscada, uno de los campos de concentración para presos políticos. Hace pocos años se produjo el material “Sonidos de la Memoria”: fue la edición de las grabaciones clandestinas de las acciones que se realizaban a escondidas (con canciones, chistes, obras de teatro breve, clases de ballet) que luego fueron sacadas con complicidad de un guardia.*

Se puede observar aquí la presencia simultánea de lo emancipatorio, la rebeldía, lo corporal y lo afectivo.

### 2. Artístico.

*El 1 de abril del 2004 en un gran supermercado de Asunción, se generó un incendio que se inició por grasa acumulada en la chimenea del Patio de comidas. El dueño ordenó cerrar las puertas para evitar que “la gente se fuera sin pagar”; al iniciarse había aproximadamente mil personas, murieron 400. A partir de esto se generaron varias organizaciones, entre ellas, “Arte por la memoria”; este colectivo generó intervenciones callejeras como la de ir representando los cadáveres carbonizados, vestidos de blanco y pintados con carbón y empujando un carrito de supermercado vacío frente a los otros locales de la cadena.*

Aquí se muestran la rebeldía, el habitar lo público-común, lo emancipatorio, lo corporal y lo afectivo, el caos e incertidumbre.

### 3. Humorístico.

*Kachia'i significa en guaraní pícaro, juguetón, informal. Una compañera agente comunitaria de un equipo se me acerca y aparta abriendo a escondidas su agenda y diciendo “mirá mi señalador”, y me muestra un preservativo.*

Aquí se juegan el poder valorar las formas populares locales, lo emancipatorio, la habilitación de lo corporal y lo afectivo., el lugar del caos, la opción por lo cultural popular, la rebeldía.

#### 4. Lúdico.

*Caminando por una calle vecinal rumbo a una visita domiciliaria, unos niños parapetados detrás de unas gradas gritan “¡Akã huevoo!”, que significa cabeza de huevo en guaraní aludiendo a la voluminosa calvicie del médico que luego se presentará en los espacios vecinales también con el apodo comunitario que recibió.*

Se suman el misterio, el caos y la incertidumbre, lo cultural popular, lo público y lo común, la rebeldía.

#### **Viñeta clínica 2: “¡¿Sólo eso?!”**

*“Las Chismosas” son un grupo de mujeres de villas de la zona sur de la ciudad de Fernando de la Mora, que se reúnen a partir de que sus hijos y nietos estaban judicializados por robo y uso de drogas ilegalizadas.*

*En el proceso de acompañamiento en salud mental comunitaria, en una oportunidad fue una persona a conocer el grupo y en un momento les pregunto si de que les servía el grupo, una respondió “para no suicidarnos”, recuerdo que pensé “¡¿Sólo para eso?!”.*

*Necesité un tiempo para reconocer el valor que ellas le asignaban (les devolvía la potencia de vivir, ¡nada menos!), y otro tiempo más largo para dar cuenta de que estaba pensando “no les sirve para organizar el gran movimiento político de mujeres”.*

Para poder reconocer las grietas, pequeñas, casi imperceptibles a veces, por donde lo potente emerge, pensamos que necesitamos cuidar cotidianamente nuestra fuerza utópica.

## **CONCLUSIONES**

Dos acotaciones acerca de la Erótica Social:

- Es un aspecto más en la construcción de lo participativo; ni el único ni el “más importante”; sin embargo su frecuente caricaturización, banalización y/o desestimación, paradójicamente, le da una particular relevancia.
- No la entendemos como un algoritmo a seguir (esquemático, pre-configurado, único), sino como una travesía singular a recorrer, a inventar, desde los propios tiempos, experiencias, contextos y modos de cada trabajador, de cada equipo de salud.

Finalmente, la búsqueda de aproximaciones a lo participativo - que intenten prevenirnos de quedar capturados en polarizaciones como el “dinamiquismo” (como uso vaciado de grosor analítico de las técnicas y dinámicas) o como ciertos serios, sesudos y circunspectos análisis - se torna una exigencia ética y política ante la opción de considerar a la salud como herramienta en el proceso de emancipación de los pueblos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Deleuze, G. Postada sobre la Sociedad del Control. Derecho & poder, 2009;1(1):104-113.
2. Guerrero Valdebenito, R. M. Segregación socio-urbana y representaciones sociales [de la inseguridad en dos comunas de Santiago de Chile. Cultura y representaciones sociales. (2010). Vol 2, No 3.

3. Sirvent, M. T. La Investigación Acción Participativa y la Animación Socio-cultural. Su papel en la participación ciudadana. Animación, territorios y prácticas socioculturales UQAM. (2009). n. 1, p. 61-74
4. Marengo, C. Estrategias habitacionales en los bordes urbanos. Puntos de partida para analizar la expansión suburbana. Revista Proyección. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo. 2002; 1(2).
5. Ramos, O. L. C. La cualificación de la periferia urbana y el espacio público. Territorios. 2010; 18.
6. Blanco, I., Fleury, S., & Subirats, J. Nuevas miradas sobre viejos problemas. Periferias urbanas y transformación social. Gestión y Política Pública. 2012: 3 – 40.
7. Aymerich, J. Segregación Urbana y Políticas Públicas con Especial Referencia a América Latina. Revista de Sociología Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Chile. 2004; 18:117-130.
8. Rousseau, J. J. El contrato social o principios de derecho político. Barcelona: Edicomunicación; 1999.
9. Mill, J. Sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial; 1970.
10. Lucacks, G. Historia y conciencia de clase. México: Grijalbo; 1969.
11. Gramsci, A. El concepto de Hegemonía en Gramsci. México: Ediciones de Cultura Popular; 1978.
12. Lewin, K. Action research and minority problems; Journal of Social Issues 1946; 2 (4): 34-46.
13. Proudhon, P. J. Filosofía da miséria. São Paulo: Escala; 2007.
14. Kropotkin, P. Palabras de un rebelde. Barcelona: Edhasa; 2001.
15. Kuhn, T. La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE; 1971.
16. Feyerabend, P. La Ciencia En Una Sociedad Libre. México: Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V.; 1978.
17. Fals Borda, O. Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Bogotá. Bogotá: Siglo XXI; 1985
18. Montero, M. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2004.
19. Foladori, H. Grupalidad. Teoría e Intervención. Espiral, Santiago de Chile; 2005.
20. Kaminsky, G. (Comp.). Guattari. Cartografías del deseo. La Marca; Buenos Aires; 1995.
21. Rolnik, S., Guattari, F. Micropolítica. Cartografías del deseo. Madrid: Traficantes de Sueños; 2006.
22. Adorno, T. W., & Horkheimer, M. Dialéctica de la Ilustración (Vol. 63). Ediciones Akal Sa; 2007.
23. Weber, M. Qué es la burocracia? Buenos Aires: La Pléyade; 1977.
24. Bleichmar, S.. Dolor pais/Country Pain. Libros del Zorzal; 2002.
25. Barúa, A. clinitaria. andando, de a chiquito, con la gente. acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias. Asunción: Cruz Roja Suiza; 2011.
26. Fernández, A. Psicopedagogía en psicodrama: habitando el jugar. Buenos aires: Nueva Visión; 2000.
27. Muguercia, M. Crear actos vivos. En Alejandro, Martha, Romero, María. Coordinación de grupos: Miradas múltiples. La Habana: Editorial Caminos; 2003. p77 – 99
28. Gonçalves, J. Ir tirando piedritas al agua. Revista E. Psi.B.A 1995; 3.
29. Deleuze, G., Guattari, F. Rizoma: introducción. Valencia: Pre-textos; 1977.
30. Spinoza, B. Ética. España: Globus; 2011.
31. Makarenko, A. Poema pedagógico. Ediciones AKAL: 1996. Vol. 19.
32. Fernández, A. Psicopedagogía en psicodrama: habitando el jugar. Buenos aires: Nueva Visión; 2000.
33. Gonçalves, J. Ir tirando piedritas al agua. Revista E. Psi.B.A. 1995; 3.
34. Levinas, E. Ética e infinito. Madrid: Visor; 1991
35. Guerrero, P. Corazonar. Una antropología comprometida con la vida. Asunción: FONDEC; 2007.
36. Saidon. O. Clínica y Sociedad. Esquizoanálisis. Buenos Aires: Lumen; 2003.
37. Lazzarato, M. Políticas del Acontecimiento. Buenos Aires: Tinta Limón; 2006.
38. Moreno, J. L. Psicodrama. São Paulo: Editora Cultrix; 1978.
39. Scott, J. Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos. México: Ediciones Era; 2000.