

Salud mental: Nuevos territorios de acción y escucha social

Martín Correa-Urquiza

Doctor en Antropología médica y salud internacional. URV

Profesor del Departamento de Antropología de la Universidad Rovira i Virgili. Tarragona

Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.

Coordinador en la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia.

Nota: El presente artículo forma parte de los materiales realizados para la asignatura "Acción Socio Educativa y Salud Mental" del Departamento de Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad Abierta de Cataluña (UOC). Año 2012. Cataluña. España. Al mismo tiempo ha sido publicado recientemente por la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Resumen:

La legitimación del saber profano, propio, local, subjetivo de las personas que han atravesado una experiencia de sufrimiento mental forma parte de las grandes omisiones de la historia de la salud mental. En este artículo intentaremos analizar conceptualmente este tipo de saberes como necesariamente constitutivos del concierto de perspectivas que construyen el conocimiento sobre el tema. Al mismo tiempo analizaremos las dinámicas relativas a una serie de dispositivos que, sin articularse desde una lógica terapéutica se transforman en una opción necesaria para la búsqueda de un mejor estar en los afectados. Al plantear esto, no es nuestra intención desestimar la labor o pertinencia de las ciencias biomédicas y las tecnologías relativas, sino quizás sugerir que el sufrimiento mental requiere a la vez de una aproximación que vaya más allá de lo clínico orgánico, lo que nos propone el desafío intelectual de desarrollar herramientas de acción en el ámbito de lo comunitario con el objeto último de crear territorios y prácticas de inclusión que incorporen al sujeto como el eje real de participación.

Objetivos:

- Analizar las nociones de: saber profano/hábitus/ajustes secundarios.
- Analizar las posibilidades articuladoras de bienestar que brindan los saberes propios de los afectados.
- Analizar los mecanismos de ocultación que no nos permiten como profesionales, percibir las posibilidades terapéuticas del conocimiento profano.
- Analizar, como profesionales, la importancia del análisis y la reflexión crítica permanente al interior de los procesos y dispositivos de salud mental.
- Analizar brevemente el funcionamiento y los *beneficios* de un tipo de dispositivos en los que se trabaja la salud mental más allá de toda dimensión clínico-terapéutica y en interacción constante con lo comunitario.
- Analizar brevemente algunas prácticas de interacción e integración en la comunidad, territorios de encuentros entre sociedad y locura.

Glosario:

Agency: Concepto desarrollado por Antonio Gramsci relativo a la capacidad de los sujetos de actuar y transformar las circunstancias por las que atraviesan. La evidencia de esa capacidad para sobreponerse a los hechos.

Saberes profanos: Relativo, en este caso, a los saberes propios de aquellas personas diagnosticadas de problemas de salud mental. Saberes teóricos y prácticos que resultan de la propia experiencia

subjetiva en relación a la problemática y que suelen generar estrategias que pueden considerarse terapéuticas.

Ajustes secundarios: Concepto desarrollado por Ervin Goffman. Se refiere a todo aquello que el individuo hace en relación a su estado de salud frente a una determinada problemática, pero que está más allá de lo que el modelo biomédico y otros saberes expertos indican.

Habitus: Concepto desarrollado por Pierre Bourdieu. Se refiere al conocimiento relativo a la experiencia del sujeto, al hecho de vivir entre ciertas circunstancias histórico-temporales. Conocimiento que puede ser consciente o inconsciente y que puede ser aplicado o no. Es todo aquello que se sabe y lo que no se sabe que se sabe.

Carga semántica: Sentidos sociales atribuidos a un determinado fenómeno, contexto, territorio, momento, etc.

Des-enfermar: Nos referimos a las acciones relativas al hecho de des-nombrar de enfermedad la identidad de los sujetos diagnosticados. Es decir, producir contextos de posibilidad en donde sus identidades sean contempladas más allá de la idea de enfermo mental.

“Debemos intentar encontrar nuestra estabilidad emocional aunque sea a base de pequeñas tretas que no confesemos a los demás. O sí.”
Pau Vidal, maratonista, Radio Nikosia.

Intro:

Uno de los riesgos, como profesionales, reside siempre en la posibilidad de transformarse en parte de un proceso sobre el cual hemos abandonado toda reflexión crítica. En pasar a ser en tanto eslabones de una sucesión de estrategias predefinidas y protocolizadas que terminan por fosilizar las funciones y neutralizar toda noción de sentido alrededor de la tarea que se realiza. Como trabajadores en el ámbito de la salud mental, no es sólo dado comprender el funcionamiento de los modelos y estructuras existentes, sino aprender y vislumbrar la posibilidad de transformarlas, de recrearlas para continuar avanzando, adaptándolas a las nuevas circunstancias que se irán presentando. Hablamos, también, de una tarea deliberativa sobre los aspectos teóricos y prácticos que nos permitiría como individuos re-descubrir permanentemente el significado de nuestra labor.

Lo que nos proponemos aquí es contribuir al replanteo del posicionamiento y de los instrumentos teóricos que hacen al abordaje del tema; fundamentalmente aquí analizaremos brevemente algunas de aquellas prácticas que intentan ir más allá de los esquemas clínico-terapéuticos. Nuestra intención es aquí abrirnos a la posibilidad de desarrollar otras formas y vías para pensar la problemática mental en todas sus dimensiones y actuar a partir de ellas. Estilos de pensar que nos ayuden a seguir abriendo puertas hacia otras salidas posibles. La reflexión crítica constante no es más que el punto de partida para el avance hacia la construcción compartida de un modelo más flexible, equilibrado y productor de salud.

Puntos de partida

El ejercicio de movimiento y reconsideraciones permanentes al que nos obliga el modelo epistemológico que guió la reforma psiquiátrica, requiere hoy de nuevas consideraciones que abran su ámbito de ejercicio a la participación civil y a la acción comunitaria. Por lo tanto el hecho de afrontar la situación actual implica un trabajo que, partiendo de la utilidad y legitimidad incuestionable de la lógica de servicios sanitarios tales como centros de día, hospitales de día y

centros de inserción laboral, intente ir más allá y desarrollar nuevos instrumentos y estrategias en el marco de la acción comunitaria. Trabajar en salud mental requiere hoy aprender a desenvolver una capacidad de creación que nos ayude a generar permanentemente nuevas formas de abordar las dificultades que se plantean en el ámbito de las intersecciones entre teoría y práctica. Las fórmulas y paradigmas actuales nos sirven como puntos de partida, al igual que la mayoría de los dispositivos que ya funcionan, sin embargo la intención es desarrollar otras dimensiones de esa tecnología que nos permitan la flexibilidad necesaria para afrontar esas situaciones otras que se configuran constantemente en el campo de la salud mental. Hoy es necesario articular tecnologías lo suficientemente *plásticas, elásticas*, como para que nos permitan satisfacer las necesidades cambiantes y específicas de las personas en este terreno. Asimismo, toda promoción de la ciudadanía y la construcción de la terapéutica en salud mental debe articularse a partir de la propia experiencia y de las particulares capacidades de creación tanto de los trabajadores de la salud como de los mismos afectados.

Ahora, frente a esta realidad y más allá de la labor sobre el estigma, dos caminos son los que se hacen inevitables en la actualidad. Inevitables con un alto nivel de urgencia, sobre todo, si realmente lo que se intenta es llegar al punto en el que el modelo epistemológico mantenga una cierta coherencia con los usos cotidianos, y si lo que se busca es llevar adelante lo que suele denominarse como post-reforma¹. Y cuando hablo de dos caminos hago referencia por un lado, a la oportunidad de trabajar por la transformación de las lógicas de aproximación al sufrimiento mental, que aún de manera residual, reproducen las viejas lógicas de los antiguos manicomios. Es decir, es tiempo de que la modificación de las estructuras y dispositivos de atendimento se vea acompañada por un giro profundo en los métodos que guían la práctica al interior de esos servicios. Por otra parte, aludo a la posibilidad de desarrollar otro tipo de dispositivos colectivos que se adapten a las demandas; nuevos dispositivos de escucha y acción social que funcionen dentro de la comunidad desde lógicas relativas a lo comunitario. Esto implicaría que el sujeto acceda a la oportunidad de abandonar sus status y roles de paciente, de enfermo mental, para volver a ser fundamentalmente persona, para acceder a la opción de re-articular su identidad, de decidir qué, quién y de que manera quiere editar y re-estructurar su presencia social. Su lugar en el todo colectivo. Esto último no puede hacerse efectivo sin un trabajo de incorporación y legitimación de las narrativas y la subjetividad de los afectados en el cuerpo teórico de la aproximación al sufrimiento mental y específicamente en el de la construcción de sus particulares itinerarios terapéuticos. A este conocimiento que da la experiencia del sufrimiento en el propio cuerpo, a esta sabiduría que existe y se hace efectiva en distintas circunstancias a pesar de la lógicas de negación de las que es objeto, la hemos llamado en otra ocasión, saberes profanos (Correa-Urquiza:2009). Analicemos brevemente este punto que será y es nuestro punto de partida.

Saberes profanos, estrategias posibles

Según Antonio Gramsci el sufrimiento psicológico es el resultado de la incorporación de los conflictos actuantes en las relaciones de fuerza que regulan la experiencia social. La neurosis, por ejemplo, es entendida por el autor como un proceso de incorporación de las contradicciones históricas determinadas por las relaciones de fuerza. El cuerpo es el terreno de un conflicto de hegemonías. (Giovanni Pizza: 2005). Es decir una esfera de oposiciones complejas entre las posibilidades de aplicación práctica de la propia subjetividad y lo que el entorno social determina. En lo que hemos denominado locura, el sufrimiento puede observarse también como esa consecuencia de habitar ese mismo tipo de contradicciones. Garcés, uno de los integrantes de Radio La Colifata, la

¹ Post-reforma que aquí preferiríamos llamar reforma, a secas, ya que consideramos que la iniciada en España en el año 86, fue sí un avance en términos estructurales, fue sí una labor de cambio importante orquestada a partir de varias figuras de renombre en el campo y miles de profesionales de buena fe y mejores intenciones, pero que en los últimos años no ha hecho sino estancarse y retroceder.

primera emisora en el mundo realizada desde un Hospital Psiquiátrico en Buenos Aires, Argentina, solía afirmar durante las emisiones: “Yo tengo la gran intriga de mi vida y es saber si debo curarme o debo hacer la revolución justificando mi propia locura”.

Lo dicho no niega ni afirma la posible existencia de factores orgánicos en la etiología de la problemática, no es esa la cuestión aquí, sólo ubica la atención en el evidente aspecto socio-cultural del problema. Así si partimos de esa base, no es complejo deducir que una parte importante de la terapéutica, o de la generación de un bienestar, se encuentra en la posibilidad de des-tensionar, de desarticular esas mismas fuerzas actuantes en tanto matriz de conflictos. Es claro, que la existencia misma, la vida misma es en parte una coexistencia con el conflicto, sin embargo podríamos afirmar que existen graduaciones, intensidades que pueden resultar más determinantes de malestar que otras. Al mismo tiempo, sabemos que al habitar el obstáculo o la dificultad, los sujetos desarrollan y articulan toda una serie de herramientas, de estrategias para hacer frente o sobrellevar, la situación. Frente a todo proceso de salud o enfermedad se crean y despliegan diferentes tipos de modelos de autoatención (Menendez:2009), los individuos generan prácticas relativas a sus maneras de hacer frente a las circunstancias; a esos saberes, a esas maneras de conjugar saberes que se constituyen como un saber en sí mismo, los denominaremos aquí: saberes profanos. Hablamos de una suerte de pericia de la cual los sujetos no siempre son necesariamente conscientes, ni de su existencia ni – en ocasiones- de la realidad o efectividad de sus aplicación. Es decir, a pesar de existir bajo una dinámica de constante negación de su subjetividad, la persona que ha sido diagnosticada de algún problema mental, desarrolla y pone en práctica una serie fluctuante de herramientas y estrategias de aproximación y mejora que tienen directa relación con sus conocimientos sobre su vida y sus padecimientos. Hablamos de prácticas que viven ocultándose, que atienden más a una lógica de rebasamiento, en el sentido de que emergen a pesar de la opresión, de la negación de las que son objeto. ¿Y a que tipo opresión nos referimos? Todas esas instancias de des-historización, estigmatización, des-legitimación, consideración en tanto enfermo absoluto, etc., es decir todas esas acciones que se ejercen sobre los sujetos de la locura que no tienen que ver con una operación de violencia explícita sino con un tipo de coacción sutil en el plano de las relaciones cotidianas; clínicas, familiares, sociales. Así, más allá de la situación vivida, la persona mantiene y pone en práctica un conocimiento que es activo y produce resultados en el plano de la efectividad. Es un saber profano definido así por oposición a los llamados saberes expertos que dominan la teoría y práctica alrededor del sufrimiento mental. Son saberes que de alguna manera profanan, al manifestarse como una suerte de herejía del conocimiento en relación al pensamiento científico. La noción de *habitus* definida por Pierre Bordieu puede ayudarnos a comprender esta idea. El sociólogo la define en tanto producto de la historia que produce prácticas individuales y colectivas (Bordieu: 1991), es un saber que deriva de la propia condición, situación y vivencia de un contexto y sus experiencias. Decíamos en un ensayo anterior:

“Un saber no necesariamente racionalizado o transformado en estrategia aunque si, un saber específico que puede ser potencialmente estrategia. La idea de estigma, por ejemplo, bien puede ser una categoría abstracta, un objetivo a de-construir, el *target* de una campaña publicitaria digitada desde las esferas de las políticas de salud pública... Pero en el sujeto que es objeto de ese estigma es la materialización de un tipo de vivencia cotidiana, de realidad empírica que afecta; es un dolor omnipresente para el cual se diseñan constantemente estrategias de supervivencia. Una aflicción que es el resultado del propio accionar en la diferencia y de las percepciones sociales que el entorno tiene sobre esa diferencia. Todo ese *estar* genera *habitus* y define un *habitus* que es, a la vez, un saber posible que determina e implica actitudes que pueden pasar a articularse como herramientas con potencial capacidad operativa.

El saber de la experiencia, que es desde donde puede articularse esa noción de sentido, es, a mi entender, un saber que podría interpretarse como la *dimensión activa, inquieta*, quizás no necesariamente consciente, del *habitus* trabajado por Pierre Bordieu. Es decir, lo producido por aquellos “condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia”” (Correa-Urquiza: 2009)

Goffman nos habla de otro concepto que puede sernos de gran utilidad: ajustes secundarios (Goffman:1988). El autor se refiere a aquellas acciones que tienen que ver con un otro saber propio y que “representan vías por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto” (Goffman:1988). Se trataría así de todo aquello que la persona realiza más allá de lo que se espera de él en tanto paciente o enfermo mental, pero que tiene estrecha relación con la búsqueda de un mejor estar. Esto, a su vez, podría ser ligado con la noción gramsciana de *agency*, es decir de aquella capacidad de actuar de los individuos. Los sujetos, sea cual sea su realidad, disponen de una capacidad para actuar en uno u otro sentido, y es esta capacidad la que se vuelve necesaria reconocer en los afectados. Es decir, por más que sean tratados a partir de estas premisas de enfermedad total, disponen de herramientas y capacidades para hacer frente, al menos en ciertos aspectos y de manera parcial, sus procesos. Pau, colaborador activo de Radio Nikosia, una de las primeras emisoras realizadas por personas con problemas de salud mental, escribió lo siguiente para una intervención en un programa:

“Somos un manojito de deseos y aspiraciones y la mayoría de ellos no van a poder ser satisfechos. Deseamos ser amados, reconocidos, reconfortados, aceptados. Pero todo esos deseos van acompañados de un miedo profundo y muy arraigado a no poder alcanzar nuestras expectativas, un gran miedo a la frustración. Deseamos con todo nuestro corazón ser queridos y respetados pero la mayoría de veces nos topamos con el obstáculo más infranqueable de cuantos existen: nosotros mismos....Cuando nos azotan las inseguridades empezamos a verlo todo negro. El camino se vuelve sombrío. Cualquier situación nos turba y se nos nubla el raciocinio. Parecemos hallarnos a merced del destino....Debemos empezar antes que nada por querernos a nosotros mismos sin compararnos con los demás, ponernos en manos de la ventisca. Hallar atajos por los que transitar hacia la luz. Debemos intentar encontrar nuestra estabilidad emocional aunque sea a base de pequeñas tretas que no confesemos a los demás. O si.” (Pau Vidal: Radio Nikosia)

Por el contrario, el esquema de atención en salud mental se estructura, en muchas ocasiones, sobre la idea de que la persona diagnosticada no está en condiciones de hablar o decir por sí misma. De que no dispone de herramientas para revolver su situación. Esto podemos pensarlo directamente vinculado a dos fenómenos: Por un lado, al hecho de nuestra consideración sobre él en tanto enfermo total o absoluto, y por el otro a la posibilidad de que no dispongamos de las herramientas para des-criptar ese conocimiento, es decir; no lo vemos por que no lo comprendemos en los términos a través de los cuales comprendemos generalmente la terapéutica. Para nosotros, como profesionales, el mejor estar del sujeto está supeditado a una serie de prácticas y tecnologías sobre las cuales hemos ido tomando conocimiento a lo largo de nuestras carreras respectivas, y es complejo, que no imposible, pensar en la posibilidad de que existan herramientas de utilidad y/o efectividad dentro de unos individuos cuya realidad es justamente que han sido diagnosticados de problemas de salud mental; *que están locos*. Aunque no lo pensemos así, en ocasiones, actuamos como si lo diéramos por hecho. Al desconocer esa subjetividad, ese conocimiento, estamos transformando a la persona sólo en receptor de una episteme que –en principio- no le pertenece. Levi-Strauss, uno de los padres del Estructuralismo francés y de la disciplina antropológica, hace una reflexión que puede sernos de utilidad para comprender este último punto que estamos tratando. A pedido de la UNESCO realizó hacia 1952 un ensayo alrededor de las culturas, las razas, y las percepciones sociales sobre las supuestas diferencias en sus grados de desarrollo a lo largo de la historia. Dice Levi-Strauss que es posible pensar que no existan culturas menos desarrolladas que otras en términos globales, sino que sí hay culturas o sociedades que se han desarrollado de una manera diferente a la nuestra, poniendo el énfasis, por ejemplo, en otros elementos que los relativos a los que percibimos como *nuestros* avances en la sociedad occidental. El autor no desmerece ni niega los progresos científico-tecnológicos de occidente, sino que intenta advertir sobre la falacia de definir o conceptualizar todo avance o todo progreso, sólo en los términos con los cuales nosotros entendemos el progreso. Para él, antes de calificar de inamovible o estacionaria a una cultura, habríamos de preguntarnos si esta inmovilidad supuesta no deriva de la ignorancia en que nos encontramos acerca de sus intereses verdaderos. En palabras de Levi-Strauss:

“La distinción entre las dos formas de historia, ¿depende de la naturaleza intrínseca de las culturas a las que se aplica, o no resulta de la perspectiva etnocéntrica en la cual nos situamos siempre nosotros para evaluar una cultura diferente? De ese modo, nosotros consideraríamos como acumulativa toda cultura que se desarrollara en un sentido análogo al nuestro, o sea, cuyo desarrollo tuviera *significado* para nosotros.

Mientras que las otras culturas nos resultarían estacionarias, no necesariamente porque lo sean, sino porque su línea de desarrollo no significa nada para nosotros; no es ajustable a los términos del sistema de referencia que nosotros utilizamos. Que tal es el caso, resulta de un examen incluso somero, de los individuos o grupos, en función de la mayor o menor diversidad de sus respectivas culturas.”... “Cada vez que nos inclinamos a calificar una cultura humana de inerte o estacionaria, debemos preguntarnos si este inmovilismo aparente no resulta de la ignorancia que tenemos de sus verdaderos intereses, conscientes o inconscientes, y si teniendo criterios diferentes a los nuestros, esta cultura no es para nosotros víctima de la misma ilusión. Dicho con otras palabras, nos encontraríamos una a la otra desprovistas de interés simplemente porque no nos parecemos. (Levi-Strauss:1999)

Al respecto y trayéndolo al terreno que nos atañe; ¿no es acaso factible de suponer, en los saberes expertos, la existencia de una suerte de etnocentrismo evitable en la concepción sobre la problemática mental?. Es decir, que cabría preguntarnos constantemente como profesionales, si el hecho de ver cómo válido, legítimo y efectivo, sólo aquello que responde a nuestros modelos teórico- académicos, no hace en parte a una concepción parcial y en cierta manera inicua en relación a las significaciones del sufrimiento mental. Con esto no estamos diciendo que los saberes expertos no dispongan de un conocimiento especializado y necesario en la materia, nada más lejos de ello, sino que a la hora de abordar el fenómeno, deberíamos poner en conjunción toda la suma de saberes existentes con el objeto de acceder a una comprensión que esté a la altura de la complejidad inherente a la cuestión del sufrimiento mental. Esto incluiría tener en cuenta otros conocimientos que quizás, no sólo en ocasiones no estamos dispuestos a reconocer por cuestiones de corporativismo o diferencias conceptuales o de paradigmas, sino que tal vez por momentos no estemos en *condiciones* de comprender y por lo tanto de *percibir*. No hay lugar para la escucha hacia el sujeto de la locura por que no hay socialmente la percepción de que el loco tenga algo que contar.

Al mismo tiempo, no hemos de pensar con esto que los saberes profanos se deberían constituir como *la verdad* única sobre el sufrimiento mental, no; sino que es un tipo de conocimiento que existe como tal, que debe ser contemplado y debe formar parte del concierto de voces que conforman el discurso de la terapéutica. Discurso, a su vez, que habría de ser pensado en tanto ensamble simétrico, ciertamente complementario de saberes y formas de aproximación. Esto que parece de una obvedad abrumadora no se traduce en el plano de las prácticas en los servicios de salud mental, lo que hace referencia también a una concepción de la problemática como un fenómeno fundamentalmente orgánico/biológico. Es evidente que habrá campos en los que los saberes médicos tendrán un mayor conocimiento, o que habrá aspectos en los que un trabajador social disponga de más y mejores herramientas para transformar una determinada situación, pero también es cierto que no sólo la persona afectada es un experto en efectos secundarios, como suele decirse, sino que ha desarrollado una serie de herramientas para sobrevivir, que pueden manifestarse como un conocimiento útil, no exclusivamente para él sino incluso para otros sujetos sociales en similares circunstancias. Al mismo tiempo no se trata sólo del hecho de que deban ser escuchados a través de una suerte de condescendencia, o de la suposición de que la escucha y la puesta en práctica de sus perspectivas pueden contribuir a una mejor asimilación de la terapéutica impuesta; no es que debamos descubrir como profesionales, las maneras de *hacerlos sentir* que forman parte; sino del hecho de que verdaderamente sus perspectivas y propuestas formen parte, por que realmente lo que *tienen para decir*, contribuye sobremanera con la construcción global de las reflexiones sobre el sufrimiento mental.

Pongamos un ejemplo: Alberto, diagnosticado en su momento de esquizofrenia y participante de la experiencia de Radio Nikosia, afirmaba durante una conferencia ofrecida por el grupo:

“En mi modo de vida los animales pueden comunicarse conmigo. Y a mi me vale, los vínculos con los animales me sirven para protegerme. Para mi psiquiatra, lo bueno de pasear el perro es que doy una vuelta y me relaciono con los demás, que me aireo un poco. Pero para mi tiene otro significado que a él no se lo puedo contar, no lo entiende. Mi relación con los pájaros, los vínculos telepáticos de afecto y cariño con el mundo espiritual y natural que me rodea, con mis animales, con mi Hippi -su perro-, me protegen, me cuidan y me hacen vivir menos solo. Cuando salgo a pasear no salgo sólo, salgo con ellos y en ellos y en el paseo entre todos compartido encuentro la felicidad.”

La terapéutica para Alberto está directamente vinculada a la posibilidad de encontrarle sentido y legitimar aquellas prácticas que a él le generan un mejor estar y entenderlas como tales. No, en este caso, en asumir lo que los saberes expertos determinan como ese “airearse un poco” *que hace bien*, sino con el hecho concreto de que su relación con los animales forma parte del sentido que le permite construir parte de su historia, de su biografía, su lugar en el mundo. Para una de las emisiones de Nikosia, Alberto escribió un texto que tituló “El lenguaje secreto de los pájaros”, en el que describe en detalle una cierta particularidad sensible que en él reside y que le ha permitido desarrollar un vínculo con los pájaros similar al que las personas suelen tener con los clásicos animales de compañía.

Pongamos otro ejemplo que ya hemos utilizado en textos anteriores: Xavier y Dolors, participantes de la experiencia de Nikosia, son pareja desde hace 18 años y conviven hace 12. Fueron diagnosticados de esquizofrenia y se conocieron compartiendo actividades en un Centro de Salud Mental. Desde el comienzo de su relación los profesionales con quienes se trataban eran contrarios a la conformación de la pareja; según decían, existía un alto riesgo de que se dañaran mutuamente en los momentos críticos del trastorno, de hecho es esta una “recomendación” bastante común por parte de los trabajadores ante situaciones similares. Pese a todo, Xavier y Dolors continuaron, confiaron en sus posibilidades, pusieron en práctica sus particulares percepciones comunes y materializaron una experiencia de vida en pareja que aún perdura. “Yo sé, que el único que me entiende y me acepta tal como soy es Xavi, decía ella durante una entrevista concedida a un periódico de Cataluña, porque él ha vivido prácticamente el mismo dolor que yo, los dos fuimos diagnosticados en su momento y los dos sufrimos entonces un rechazo frontal por parte de nuestras familias. Es la mayor suerte que nos hayamos tenido el uno al otro para sostenernos”. Y Xavier agregaba “en la locura hay angustia provocada por el trastorno y angustia provocada por la gente, por el entorno que te señala, te margina, te dificulta la vida por llevar la etiqueta; y para ese obstáculo que a veces nos ponen los otros, Dolors ha sido mi tabla de salvación”. Dolors y Xavier viven en un piso asistido de la red de salud mental, se reparten las tareas cotidianas, conviven entre filias y fobias como cualquier otro matrimonio del barrio de Sant Andreu. Cuentan que desde que están juntos han logrado dejar atrás la conflictiva relación con sus respectivas familias. “No creo que hoy pueda vivir sin Xavi, suele decir Dolors. No sé que haré cuando él me falte. Lo único que espero es poder morirme antes que él.” Dolors es hoy la presidenta de la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Para ambos, desatender el mandato de la terapéutica externa, impuesta, fue una manera de *salvarse*, de afirmarse en un mejor estar gestionado desde sí mismos. Esto no significa que todas las prácticas en relación a su recuperación hayan sido el producto de esa autogestión; sus itinerarios son el resultado de un encuentro permanente entre los saberes propios, los saberes profesionales y los de sus redes sociales de apoyo; pero los propios han tenido un papel fundamental en el proceso. De hecho, uno de los psiquiatras con el que trabajaron durante muchos años luego de decidirse a estar juntos, fue quién más apoyó la relación, y observó en ella un verdadero camino de mejora para los dos. Hacia él, como profesional y como persona, Xavier y Dolors aún hoy se manifiestan profundamente agradecidos.

Por otra parte, es cierto que desde hace unos años se ha ido proponiendo desde las instituciones y organismos oficiales la necesidad de que estos saberes profanos sean escuchados o formen parte de los discursos posibles alrededor de la problemática mental; sin embargo en la mayoría de las

ocasiones lo que se produce es una aceptación y utilización sólo de aquellos conocimientos que reproducen la semántica de los saberes expertos, aquellos que coinciden con lo que se espera de los sujetos en tanto *enfermos mentales*. En términos de Goffman (1989) el saber recuperado en estos casos por las instituciones, es exclusivamente el relativo a los ajustes primarios; es decir a todo aquello que el sujeto realiza y produce en consonancia con las lógicas hegemónicas. Es un saber subalterno que lo re-ubica en el lugar del paciente, que lo define en su ser en tanto paciente, es decir, que se lo escucha no sólo en tanto enunciador de una sintomatología, sino como sujeto reproductor de lo que los saberes expertos definen sobre él. El saber del loco en estos casos no hace sino que justificar el conocimiento psiquiátrico. No hay casi interés por escuchar, legitimar o darles cabida a las prácticas profanas en su naturaleza de origen. La persona será contemplada mientras responda desde su lugar de enfermo y según lo que se espera de él desde su rol de enfermo, es decir, en la mayoría de las ocasiones, reivindicando y consolidando el lugar de los saberes expertos en sus propias biografías.

De recuperaciones posibles

La recuperación en el campo de la salud mental está directamente relacionada por un lado, con las posibilidades del sujeto de formar parte de su particular proceso, con la posibilidad de que sus perspectivas, sus puntos de vista, sus propias estrategias de supervivencia, sean observadas como legítimas en la búsqueda de un mejor estar. Por otro, con la posibilidad de una integración activa en el seno de la comunidad, con el hecho de que su diferencia no sea ya observada como una extrañeza que provoca rechazo o paternalismo, sino que pase a ser considerada como una parte más de las diferencias posibles dentro de la heterogénea geografía del *corpus* comunitario. Ambas opciones, que no son las únicas aunque sí determinantes, van entrelazadas, no pueden pensarse la una sin la otra. Y para acercarnos a ellas, el planteo central como profesionales quizás radique en la necesidad de trabajar en la recuperación y el reposicionamiento social de los sujetos de la locura y en una labor de sensibilización y de de-construcción del estigma. Frente a esto, planteábamos al principio del capítulo que existen dos caminos fundamentales ha tomar. Son dos tareas, que si bien se hacen efectivas en diferentes espacios y de diferentes maneras, aún se constituyen como pendientes en términos globales. Nos referimos por un lado a la necesaria transformación en las dinámicas internas de los servicios de salud mental y por otro a la creación de nuevos espacios, territorios otros, ya desmarcados de toda conceptualización clínica desde donde trabajar el encuentro o los encuentros entre sociedad y locura. Encuentros ya no atravesados por ideas de lo clínico, sino lugares en los que los sujetos accedan a la posibilidad de intentar una identidad otra. Por cuestiones de espacio fundamentalmente, nos centraremos aquí en el análisis del segundo aspecto mencionado, es decir con aquel que se relaciona con la posibilidad de generar otros contextos desde donde trabajar la problemática mental.

Suponer que la salud sólo se construye en el territorio de la clínica, implicaría un desconocimiento de las vinculaciones entre los hechos sociales, culturales y los procesos de aflicción. Entonces si hemos hablado del estigma, por ejemplo, como parte del dolor que deriva de la constante de habitar un determinado entorno; ¿por que no pensar en la posibilidad de que ciertos aspectos sociales de la recuperación se produzcan como resultado de un *estar*, de habitar, contextos comunitarios?. Claro que esto no implicaría, bajo ningún aspecto, proponer una terapeutización de la vida cotidiana, no se trata de hacer de lo social lo terapéutico; sino de trabajar a partir de prácticas y herramientas que en su condición de comunitarias -no clínicas-, contribuyan en el reposicionamiento de los sujetos en tanto formando parte del cuerpo social, ayuden en la posibilidad de re-construir una identidad erosionada por la condición fosilizada de paciente mental. La terapéutica sería, en todo caso, una consecuencia de la participación *normalizada* dentro del tejido comunitario. Pensemos, por ejemplo, en las diferencias posibles entre un taller de artes plásticas realizado con y por personas con problemas de salud mental dentro de un centro de recuperación para este tipo diagnósticos, y pensemos ahora en el mismo taller en un centro cultural de un determinado barrio al que los

participantes acudirían, ya no como pacientes, sino como aprendices, artistas o estudiantes de expresión o pintura. ¿Que identidades entrarían en juego en un caso y en el otro?

Al hablar de la posibilidad de generar contextos de encuentro entre locura y comunidad, no queremos decir que estos sean los únicos necesarios para trabajar en el proceso de recuperación. O sea, más allá de los dispositivos médicos y de aquellos que funcionan como bisagra entre lo clínico y lo comunitario, planteamos la urgencia de trabajar en la constitución de territorios que impliquen un estar pleno dentro de la comunidad. La figura del Club Social, que es parte de la cartera de servicios del Plan Director de Salud Mental, por ejemplo, iría epistemológicamente en este sentido. Sin embargo la intención nuestra aquí es ampliar y pensar otros espacios u otras formas de articulaciones posibles.

Estos nuevos espacios deben ser pensados sobre todo a partir, no sólo de una lógica de la acogida, del recibir, apoyar y contribuir en esa arqueología de la subjetividad de la que hablamos en capítulos anteriores, sino a la vez y fundamentalmente, en tanto territorios de producción social en interacción con la comunidad. Territorios que propongan y produzcan para y con el contexto, a fin de que la esencia de su tarea se constituya más como una política de la intervención que como una disposición a la asistencia. Esto no tiene por que implicar el descuido de una perspectiva de cuidado sensible hacia los afectados, sino que viene a proponer que el énfasis de recuperación en este caso, estaría ubicado en el trabajo hacia su configuración en tanto sujetos políticos, capaces de producir obra y sentido dentro y para el todo comunitario. La cuestión no es despertar compasiones, sino comprensión y respeto en tanto seres legítimos y socialmente activos. En otras palabras, no hablamos aquí de habilitar espacios en donde puedan ejercer su derecho a la palabra en términos sólo de la posibilidad de enunciación, es decir no hablamos de instancias para un decir que caiga en el vacío. Sino de territorios que provoquen y propongan a su vez verdaderas instancias de comunicación e interacción con los otros saberes y la comunidad en general; lugares desde donde esa palabra pueda materializarse, transformarse en discurso que contribuya a repensar la salud mental, la locura, el estigma, lo comunitario.

Hacemos referencia sobre todo a dispositivos que se articulen desde los saberes profanos y desde esa capacidad de actuar o *agency* en términos de Gramsci (Pizza: 2005) que aún existe y reside en los sujetos de la locura. Desde allí, estos espacios habrían de tener como misión crear y desarrollar redes con entidades, colectivos y profesionales, que no estén necesariamente ligados al mundo de la salud mental. Y si lo están, lo importante es que no reproduzcan las relaciones que se suelen establecer al interior de los dispositivos clínicos, sino que se abran a la posibilidad de otro tipo de encuentros más ligado a lo personal, lo lúdico, lo cultural, lo simétrico.

Los nuevos espacios de los que hablamos son territorios que acogen y producen de manera conjunta desde el ensamble entre individuos diagnosticados y no diagnosticados. Hablamos, a su vez, de instancias desde donde sean los propios afectados quienes hagan por desarrollar una interacción fluida y permanente con sus redes sociales en sus diferentes grados de intensidad, pero desde otro rol que el que les brinda el trastorno. Recordemos que en el ámbito de la salud mental estas redes se conformarían a partir de diferentes elementos entre los que podríamos contar: familia, amigos y vecinos cercanos (primarias), relaciones laborales, relativas a entidades y organizaciones comunitarias, culturales, religiosas, etc. (secundarias), vinculaciones con las instituciones de la red de asistencia en salud mental y a la red de servicios sociales (redes formales o institucionales).

Des-enfermar identidades

El estigma está directamente relacionado con la mirada social alrededor del sufrimiento mental. Es decir, con el *bosque de símbolos*, con una cierta *frondosidad significativa* con la cual han de interactuar de manera permanente los sujetos de la locura. A raíz de esto es posible pensar la necesidad de generar o provocar territorios en donde toda esa carga semántica de opresión quede al menos momentáneamente suspendida, espacios en donde comportarse de una manera no-corriente no sea nombrado como parte sintomática de una enfermedad, sino que encuentre su explicación e

interpretación entre los mismos sujetos que producen el comportamiento. Me refiero a territorios no clínicos, en donde los individuos no estén desde la identidad de paciente, ni de enfermo, sino desde aquella que cada quien proponga en su momento o desde la que los nuevos contextos sugieran. Es claro, que esto no implica negar un dolor, un sufrimiento, o incluso una problemática, sino que lo que se pone en cuestión son los etiquetamientos impuestos, las categorías definidas como inherentes a la identidad que son constantemente filtradas hacia las instancias sociales. Es decir que tampoco hemos de olvidar que el sufrimiento mental es una realidad cotidiana para los afectados que deben desarrollar su itinerancia existencial en contextos marcados por determinadas significaciones en relación a la locura. Arthur Kleinman citado por Martínez (1994) se refiere a la cuestión cuando afirma que: “Mental illness are real, but like other forms of the real world, they are the outcome of the creation of experience by physical stuff interacting with symbolic meanings”. El sujeto del diagnóstico franquea bosques de significaciones que no son sólo construidos para él, sino que forman parte de las dinámicas globales de la comunidad, pero son significaciones que sí ejercen sobre él otro tipo de presión simbólica y merecen -al menos por eso- ser puestas en cuestión y suspensión en algunos contextos y momentos.

Hablamos aquí de nuevos territorios de acción, escucha y participación social activa. Contextos que produzcan un cierto des-enfermar de las identidades (Correa-Urquiza:2009) para que pueda instalarse en ellos la complejidad de la vida. El cimiento de estos territorios reside en su condición de contextos de posibilidades. Son espacios surcados, en nuestro caso, por otro tipo de concepciones sobre a la locura; instancias, en términos de espacio-tiempo, en donde las significaciones relativas al sufrimiento mental no están sujetas exclusivamente al universo de lo patológico. Un lugar en donde no ser identitariamente un enfermo, sino acceder a la posibilidad de re-conceptualizar el propio dolor, de apropiarse de la semántica que los nombra para a partir de ahí apropiarse a la vez, de la construcción de los itinerarios de bien estar y/o recuperación. De alguna manera son espacios límite, territorios grieta, umbrales en donde es factible repensarse más allá de lo definido mayoritariamente por los saberes biomédicos hegemónicos.

Eugenio Triás en su trabajo desde lo que ha denominado como una *filosofía del límite*, nos habla de las posibilidades que brindan esas lógicas de frontera, esos intersticios a través de los cuales o a partir de las cuales es posible instalar la existencia, la revuelta, la reapropiación de una semántica. No me refiero aquí al límite como freno impuesto desde una supuesta externalidad, sino al límite autogestionado, como *guarida* momentánea, circunstancial, desde donde producir y crear nuevas significaciones constituidas en el vaivén, en la dialéctica que ofrecen los sitios límites, en esa posibilidad *de ir a un lado u otro de la frontera mientras se habita el refugio*. Dice Triás:

“Todo límite es, siempre, una invitación a ser traspasado, transgredido o revocado. Pero el límite es, también, una incitación a la superación, al exceso. Los romanos llamaban limes a una franja estrecha de territorio, aunque habitable, donde confluían romanos y bárbaros, o ciudadanos y extranjeros. En las fronteras se producen siempre importantes fenómenos de colisión y mestizaje; todo pierde su identidad pura y dura de carácter originario, agreste o natural. Y el hombre es fronterizo en razón de esa colisión que en él se forma: no es ni un animal ni un dios (ni tampoco un dios animal, o un animal divinizado, según el sueño dionisiaco de Nietzsche). En ese carácter centáurico estriba su peculiaridad; también, en cierto modo, su tragedia; pero asimismo su posible dignidad.” (Triás: 2000)

Planteamos así que el hecho de recuperar un control sobre la articulación de la propia identidad y la recuperación de un rol activo frente al sufrimiento, está íntimamente ligado a las opciones que brinda aquella re-significación y que todo ello es fundamentalmente posible si se articula desde geografías liberalizadas de la semántica dominante en relación a la locura. Desde esos lugares liminales, de inter-territorialidad, hablamos de un tipo de espacio “con características propias que, a su vez, sobrevive dentro de uno mayor en donde el imaginario existe atravesado por una noción relativamente uniforme sobre la enfermedad mental. Un micro-territorio en cierta medida autónomo, que coexiste y produce desde dentro del gran territorio social y que se ubica al modo de las muñecas rusas desde un cierto estar dislocado”. (Correa-Urquiza:2009)

Cabe aclarar que dicha liminalidad no se constituye aquí en relación a la comunidad de manera generalizada, sino a los espacios e instancias en los que la semántica hegemónica se haya instalada. El límite es relativo a esa semántica y a los determinantes que implica en el plano de los roles y las identidades. Es decir, la sala de artes de un centro cívico, un estudio de radio, la sala de reuniones de una asociación teatral, pueden constituirse todos como territorios límite, como contextos de posibilidad si así se los conceptualiza. Si se plantea de antemano y se mantiene en la naturaleza de los vínculos, una relación deslocalizada de lo clínico-terapéutico y enfocada en el tipo de relaciones a las cuales el contexto convoca. Es decir que la cualidad de limen es concerniente más a una actitud, a una predisposición, a una intención desactivadora de las significaciones previas en relación a la locura. Aunque el tipo de entorno es también determinante —no es lo mismo ensayar y armar una obra de teatro en las instalaciones de un servicio de salud mental que hacerlo en una sala que ha sido creada para tal fin— es necesario aclarar que el límite se produce en la acción des-localizadora dentro del territorio, en la constitución de su condición de flexible, abierto a las re-significación. El límite sería así una suerte de pensamiento puesto en marcha, de propósito asumido y aplicado colectivamente en la acción cotidiana de la realidad social del espacio.

Algunos ejemplos que suceden

En la actualidad, y aún ante el riesgo de ser reduccionistas, podríamos plantear que existen diferentes tipos de dispositivos que funcionan en un intento de construirse en este sentido, y que parten de la idea de que algunas innovaciones en el campo de la salud mental, no vendrán sino de la síntesis y puesta en común de todas las perspectivas y saberes, incluidos los profanos, y de las interrelaciones de estos con lo comunitario. En el contexto del estado español un grupo de ellos estarían representados por algunas asociaciones y cooperativas mixtas de usuarios y profesionales, algunas asociaciones de usuarios, algunos grupos de ayuda mutua, algunas radios o emisoras comunitarias realizadas por afectados y algunos espacios de arte y creación vinculados al tema.

La Cooperativa Aixec, por ejemplo, funciona en Barcelona a partir de una idea en la que los profesionales y personas con diagnóstico interactúan sobre la base de la des-jerarquización y la complementariedad². Desde su blog -www.aixec.blogspot.com- se presentan así:

“La Cooperativa Aixec inicia la seva activitat amb l'ànim d'oferir una pedagogia diferent: potser contestària, rebel, sincera, performativa però de ben segur molt crítica amb plantejaments tradicionals que tendeixen a psiquiatritzar i fixar categories de l'alteritat que no ajuden a les persones. Ens allunyem dels plantejaments burocratitzadors i de l'excés d'intencions de pedagogitzar a l'altre. Entenem que cal recuperar un quefer educatiu basat en l'acompanyament i la ruptura de les distàncies entre educador-educand. Ens allunyem també de la institucionalització i rigidesa professional. La Cooperativa va nèixer amb la intenció de crear una manera diferent de fer educació. La nostra tasca, avui per avui, és construir aquesta manera particular d'entendre l'educació que pensem pot aportar a les persones un nou lloc privilegiat. En síntesi, un sentiment de pertinença que es construeix des de les relacions horitzontals obertes a la transformació mútua.”

Por su parte las asociaciones de usuarios han ido creciendo a buen ritmo en los últimos años. Benedetto Saraceno, psiquiatra y ex Director de Salud Mental de la OMS, decía en una conferencia realizada junto a la Fundación Congress Catalá de Salud Mental en Barcelona, que existen básicamente tres maneras a través de las cuales las asociaciones de usuarios se han relacionado en los últimos con el *establishment psiquiátrico*: 1) A través de la sumisión y aceptación de los modelos

² No es nuestra intención realizar una recopilación exhaustiva de los dispositivos que funcionan en la actualidad de esta manera, sino simplemente enunciar su existencia a través de unos pocos ejemplos, y las posibilidades prácticas que implican.

hegemónicos. 2) A partir de un rechazo radical y de la construcción de alternativas por oposición a toda idea de lo clínico. 3) A partir de una construcción desde la propia subjetividad pero en diálogo abierto y flexible con las disciplinas clínicas. A nuestro entender es desde este último modelo que puede pensarse la posibilidad de una transformación; ya que el problema no radica en el hecho de que existan diferentes perspectivas y aproximaciones a la realidad de la salud mental, sino en lo relativo a las articulaciones jerárquicas, de las que hemos ido hablando, que se producen entre ellas. Es decir que si los diferentes saberes se articulan desde la simetría y complementariedad, es a partir de esa reunión que se vuelve factible la producción de salud. Todo fenómeno precisa de la mayor cantidad de miradas posibles para llegar a una concepción lo más plena posible. ADEMM, asociación de usuarios de salud mental de Cataluña, es a mi entender, un buen ejemplo de este último modelo. Es una entidad desde donde se promueven una serie de objetivos vinculados a la necesidad de defender los derechos y deberes de las personas afectadas, promover su capacitación y su participación en los propios procesos terapéuticos, y sobre todo, representar al colectivo de afectados frente a las administraciones e instituciones.

Los grupos de ayuda mutua son otro ejemplo posible de territorios límite. Son espacios de conversación e intercambio entre los mismos afectados, de puesta en común de estrategias de recuperación, de recetas posibles pero no absolutas, que se basan en las vivencias de sus participantes. La “Asamblea de Majaras” que funciona en la localidad de Sant Boi del Baix Llobregat, puede contarse entre estas experiencias aunque sus acciones e intenciones vayan más allá de las relativas a un grupo de estas características; es decir, organizan encuentros, jornadas, editan fanzines, etc. Toda una serie de actividades que están, no sólo relacionadas con la búsqueda de un bienestar por parte de sus participantes, sino y fundamentalmente, con el intento de transformar la mirada social sobre la locura. El colectivo de “Psiquiatrizados en Lucha” de Madrid, trabaja en un sentido similar. Esto no significa que esto sea lo único a lo que estos grupos se dedican, no es aquí mi intención hacer un glosario detallado de sus particularidades, sino simplemente manifestar su existencia y su funcionamiento desde una cierta condición de límite en el sentido en el que venimos hablamos.

El caso de una radio

Analizaremos más en detalle aquí el caso de Radio Nikosia. No por que sea el más claro de los ejemplos ni mucho menos, sino por que disponemos de un mayor y próximo conocimiento de sus dinámicas y articulaciones gracias a nuestra participación en la experiencia desde sus inicios.

Nikosia es una de las primeras emisoras realizadas en el territorio del estado español por personas que han sido diagnosticadas de algún problema de salud mental. En sus programas semanales y en la mayoría de sus actividades, cuenta con la participación y colaboración de familiares de personas afectadas, además de antropólogos, psicólogos, músicos, periodistas, artistas y un numeroso etcétera de personas *aún* sin diagnóstico. Es una radio, como cualquier otra, sólo que en lugar de articularse a partir de una sucesión vertical de programas; ha ido consolidándose como una serie de intervenciones en diferentes medios de comunicación de la ciudad de Barcelona y del país en general. Sin embargo, la base emisora y el espacio en donde se suelen reunir hasta 30 o 35 personas cada día, son las instalaciones de Contrabanda FM, una de las pocas radios libres que continúan funcionando desde un modelo asociativo y cooperativista sin ánimos de lucro. Allí, los miércoles en directo entre las 16hs y las 18hs, se realizan programas de temáticas diversas coordinados por los mismos redactores *nikosianos*. Cada emisión es monográfica; así, sucede que hay días en los que el tema central será la melancolía, o la necesidad de *reinventarse*, o los recortes en el campo de la sanidad, hay días en los que se define o redefine la locura, otros en los que se reflexiona sobre el uso de la medicación psiquiátrica o en los que se entrevistan a profesionales de la salud, las artes, la cultura en general. Las emisiones, que no siempre están ligadas a temáticas relativas al sufrimiento mental, circulan a grandes rasgos entre una dimensión que podríamos denominar como reivindicativa de los derechos de las personas afectadas, y una más lúdica, poética, literaria, musical, etc. Ambas

interactúan, se fusionan por momentos, actúan complementándose. Hay secciones específicas de cine, de literatura, y un debate central en el que se discute abiertamente la consigna del día. Cada programa es preparado los días lunes en una asamblea en la que se plantean y debaten los temas a tratar y se organizan las actividades generales del colectivo.

Si bien Nikosia funciona desde el año 2003; a partir de fines del 2007 se constituyó como una asociación socio cultural cuya junta directiva está formada íntegramente por personas que han sido diagnosticadas de algún problema de salud mental. Uno de los factores determinantes de la continuidad y consolidación de la experiencia, ha sido su articulación desde territorios no clínicos ni originalmente terapéuticos. Espacios que fueron permitiendo el desarrollo, por parte de los participantes, de una otra identidad, asociada ya no a la idea de enfermedad, sino a la de persona, periodista, locutor, poeta, músico, redactor, conferenciante, etc. Toda una serie de opciones y flexibilidades que surgieron de las posibilidades que el territorio fue generando en tanto contexto, sobre todo, conectadas a la oportunidad de ser, estar, actuar y participar socialmente desde roles desligados de toda concepción patológica. Nikosia nació, de hecho, desde esa intención por desarrollar nuevos entornos de posibilidad, otros territorios en donde sea posible la desactivación de la semántica única en relación a la locura. Digamos que las particularidades del espacio generan desde su nacimiento dos posiciones epistémicas y fenomenológicas: por un lado, “se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar al lado, en tanto que instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura y al mismo tiempo funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en tanto renovación de las anteriores.” (Correa-Urquiza:2009). En el trabajo previo en el que hemos analizado en profundidad el dispositivo Nikosia, afirmábamos:

“Estas dos posiciones epistémicas de las que hablamos nos devuelven a la idea de que quizás pueda definirse al dispositivo no sólo como un territorio de escucha social, sino también y a la vez como un territorio en donde se manifiesta la posible articulación de nuevas prácticas. Es decir, un territorio en donde ocurren las cosas, donde se produce el acontecimiento en tanto ruptura, en tanto quiebre; en donde las categorías expertas se vuelven incertidumbre -dejan de ser certeza hegemónica- y se mezclan con las categorías profanas para abrirse a la posibilidad de esa otra praxis, de esas otras articulaciones en relación a la locura y sus procesos, en las que los nikosianos tienen la autoridad y legitimidad de la construcción y definición. Son ellos los que recuperan para sí el lugar de la emisión, de la enunciación. Resumiendo: Nikosia es umbral y, a la vez, un espacio consolidado en tanto reverso, en tanto eje de nuevas categorías, nuevas significaciones que se traducen en acciones específicas que buscan dialogar con el entorno y seguir de-construyendo las antiguas semánticas y sus usos adyacentes” (Correa-Urquiza:2009)

Digamos a grandes rasgos que la experiencia se articula sobre dos objetivos centrales:

- a) La de-construcción del estigma a partir de una intervención constante sobre los medios de comunicación y por lo tanto sobre los preconceptos establecidos y naturalizados en el imaginario colectivo en relación a la locura. Esta labor se realiza a partir de las intervenciones semanales en Contrabanda FM, Cadena Ser, Radio Rubí, Radio La Mina, Sis Punt Radio, Radio Altamina, entre otras; emisoras en las que los *nikosianos* participan en calidad de tertulianos especializados, dentro de programas concretos, o coordinadores centrales de la temática a tratar. Para más detalles ver: www.radionikosia.org
- b) La consolidación de la radio como un territorio propio para los participantes en el que la identidad de “enfermo mental” quede momentáneamente suspendida para abrirse a otras flexibilidades y posibilidades. Es decir, un espacio que *oxigene*, que permita la generación de otros roles, otros status, y, en consecuencia, el establecimiento de otras redes sociales definidas por nuevas intensidades.

La experiencia Nikosia no se define como inicialmente terapéutica. Si bien se articula desde una cierta sensibilidad para con las personas afectadas, no se plantea desde allí. De hacerlo se estaría provocando una escisión contraria a la naturaleza del espacio; es decir, socializando un tipo de vínculo que proviene del ámbito clínico. Las identidades se materializan y consolidan también en su hacer cotidiano, y de plantear una articulación de intenciones curativas dentro de este *otro* territorio, estaríamos contribuyendo a la consolidación de las identidades patológicas en el ámbito social. En otras palabras; estaríamos nombrándolos como enfermos, contribuyendo con su fosilización, en un contexto en el que no participan desde ese rol, ni ocupan esos status. Nikosia es una radio y en ella, y como tal, las relaciones se establecen entre personas que realizan distintas actividades dentro del proceso de elaboración de programas y actividades radiales. La terapéutica se manifiesta como una consecuencia de ese hacer normalizado, como una segunda instancia producto de la situación misma de ser en tanto individuos o sujetos sociales activos. Por otro lado, de plantear al dispositivo como inicialmente terapéutico, se lo neutralizaría en su dimensión política, en sus atributos como generador de acción e intervención social en el campo de la de-construcción del estigma, por ejemplo. Digamos que Nikosia no se define de antemano como un espacio en el se busca producir una cierta recuperación por parte de los afectados, aunque esto no implica negar la realidad de que esto sucede; sino que es un sitio en el que se proponen *otras* intervenciones semánticas en el tejido social, y como consecuencia acontece una cierta recuperación. En este sentido, su labor como medio de comunicación reside en su capacidad para producir un otro tipo de información con respecto a la instalada socialmente relativa al sufrimiento de la problemática mental, en el hecho de comunicar *otras* versiones de los hechos, *otras* reflexiones alrededor de las problemáticas, articuladas, ya no desde los saberes expertos, sino desde la subjetividad en donde se corporiza el sufrimiento. Es desde allí que se hace efectiva la labor por la deconstrucción del estigma.

Si bien la experiencia nació bajo la coordinación de un grupo de antropólogos y psicólogos, con el tiempo, esta misma situación de territorio propio fue haciendo que los participantes se hayan ido adueñando del espacio. Lo hicieron propio. Cito a modo de ejemplo sólo un fragmento de aquel texto de Joan García, miembro de Nikosia, matemático, ex funcionario de correos, escritor y diagnosticado de un problema de salud mental, realizado para la revista Bostezo:

Por una voz propia

“...Apreciamos la independencia y nos disgusta el conformismo, cada vez mayor, que el sistema actual introduce en nuestros conocimientos, valores y actitudes. Luchamos por crear condiciones de aprendizaje capaces de favorecer la confianza en uno mismo. Desde el equilibrio, diario malabarismo interior, para no caer en el pozo negro de la locura. Dignidad para cultivar los propios desacuerdos con los demás, osadía para manifestar un comportamiento individual o antisocial, para pecar de lo distinto. Valor para ver lo que nadie quiere ver. Descubrir y contar lo que nos quita la felicidad. Reivindicar el afectuoso cariño que transmite un cálido abrazo, tan sencillo, tan humano, tan escaso. Entre la salud y la enfermedad, se abre un tercer camino, Radio Nikosia, el de la disponibilidad para uno mismo y los demás, el de la acción y el riesgo: somos lo que contamos, sólo una chispa de existencia pero todavía con vida para contarlo. Para formar, informar y deformar lo que transmite la sociedad bienpensante...conversar, conversar... Hay quien habla de la radio terapéutica, sí, pero tiene que curar a esta sociedad *normopata* enferma de ignorancia, que sin conocerlo, prejuzga y estigmatiza, para el resto de su vida, al diagnosticado de lo que llaman un trastorno mental severo”... “Viajamos constantemente a un lado y a otro de la frontera, entre razón y locura, y desde este vaivén contamos nuestra historia, que es tan real y legítima como cualquier otra. Tarados por la medicación y el entorno, comunicarnos nos ayuda a coordinar otra vez el mundo desde la palabra a todos los niveles. Las ondas de Radio Nikosia canalizan lo que no se quiere oír, unas voces que aun existiendo no están... ya que su entorno próximo, a causa de un diagnóstico, no las valora como legítima manifestación de unas personas con derecho a expresarse. Nuestra voz se transforma en el puente entre los otros y nuestros mundos interiores. Frente a la angustia de perder para siempre la unión con el

mundo, ese puente puede reconstruirse, entrando en una nueva relación con el exterior: activa, responsable y propia.” (García: 2010)

Esta idea de puente es interesante en la reflexión de Joan y contribuye al planteo que estamos proponiendo. Nikosia es vista por él como un puente entre dos mundos, entre sociedad y locura, pero para que este sea efectivo y no pierda su sentido de polo conector, ambas realidades conectables deben estar en similares condiciones de producción, ambas deben considerarse entre sí como legítimas. Es de eso de lo que hemos ido hablando. Al mismo tiempo, Joan plantea que es desde los *nikosianos* que, en este caso, se pone en funcionamiento el enlace, se establece la pasadera; son los *nikosianos* quienes aquí toman y asumen la responsabilidad de salir –o entrar- a conversar y relacionarse en igualdad de condiciones con la comunidad.

En la actualidad Nikosia es coordinada desde la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, una entidad que se creó a partir de la iniciativa de los propios participantes. Desde allí, y más allá de las intervenciones y la acción en los medios de comunicación, se organizan otras actividades relacionadas con este mismo tipo de aproximación que se manifiesta en el andar de la experiencia: a) La creación de seminarios y charlas de sensibilización dictadas por los miembros del equipo *nikosiano*, en los que se busca de-constuir el estigma a partir de un encuentro *cara a cara* con estudiantes universitarios, alumnos de institutos, participantes de congresos y público en general. b) La organización de talleres de artes plásticas, teatro, yoga, periodismo, etc., abiertos a la comunidad pero que implican en su realización una predisposición sensible hacia las personas diagnosticadas. c) La coordinación de un Club Social para personas con problemas de salud mental, un equipamiento del departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Cataluña. Gran parte de estas actividades se organizan en el Centro Civico Convento de Sant Agustí, un equipamiento municipal de Barcelona en donde la asociación tiene su sede. En los últimos años Nikosia se ha consolidado también como un espacio de prácticas para estudiantes de grado y posgrado de diferentes carreras del ámbito de la comunicación, las artes y la salud en general.

Una experiencia internacional

Más allá de las experiencias locales, existen una serie de proyectos a nivel internacional que, dadas sus características paradigmáticas en el sentido en el cual estamos hablando, merecen al menos una mención. Tal es el caso de los grupos “*bearing voices*” (escuchando voces o escuchadores de voces) que se han ido desarrollando fundamentalmente en Inglaterra y Estados Unidos. Son programas que se basan en las publicaciones y trabajos que el psiquiatra holandés Marius Romme fue desarrollando desde la facultad de medicina de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos, y últimamente desde la Universidad de Birmingham en Gran Bretaña. La idea base de estos colectivos, que con el tiempo se han ido consolidando como redes de apoyo mutuo y construcción compartida de alternativas al modelo clínico psiquiátrico, se centra en la observación de las voces, no como una enfermedad en sí misma sino como manifestación de conflictos específicos en la vida del individuo. La HVN (Hearing Voices Network) se ha transformado en una de las redes más importantes para gran parte de las personas que conviven con esta realidad compleja e inexplicable para el común de la sociedad. En Inglaterra, el movimiento es quizás uno de los de mayor impacto en la actualidad. Se presenta de esta manera:

“Nos hemos comprometido a ayudar a las personas que oyen voces. Nuestra reputación está creciendo a medida que se comienzan a conocer las limitaciones de un enfoque exclusivamente médico como explicación a la aparición de las voces. La psiquiatría se refiere a escuchar voces como "alucinaciones auditivas", pero nuestra investigación muestra que hay muchas explicaciones para escuchar voces. Muchas personas comienzan a escuchar voces, como resultado de un estrés extremo o un traumatismo.

Entre sus objetivos cuentan el de ofrecer información, apoyo y comprensión a las personas que oyen voces y a aquellos que las apoyan, aumentar la conciencia de escuchar la voz, las visiones, las sensaciones táctiles y/o

otras experiencias sensoriales, generar un marco para hablar libremente de las voces”(www.hearing-voices-org)

Como se evidencia, aquí no se contemplan las voces en tanto manifestaciones de una desestabilización exclusivamente orgánica. Es decir, frente a la realidad particular de las voces, hay un intento por proponer un abordaje que atienda a la complejidad del fenómeno en sus dimensiones sociales, culturales, psíquicas, orgánicas, etc. y sobre todo, una aproximación que tenga en cuenta a la persona como eje central del proceso.

A su vez en la web de presentación de la agrupación en los Estados Unidos, se manifiesta la propuesta desde una perspectiva similar. Dejémoslos hablar a ellos: (la traducción es mía)

“La Hearing Voices Network (HVN) EE.UU. es una de los más de 20 redes a nivel nacional basada en todo el mundo, unidas por objetivos y valores compartidos, la incorporación de una creencia fundamental de que hay muchas maneras de entender la experiencia de escuchar voces y otras experiencias extremas o inusuales. Es parte de una colaboración internacional entre los profesionales, las personas con la experiencia vivida, y sus familias para desarrollar un enfoque alternativo para hacer frente a la angustia emocional, que está impulsando y siento de utilidad para la gente, sin partir del supuesto de que padecen una enfermedad crónica.”

Entre sus objetivos cuentan

- La sensibilización acerca de la audición de voz, visiones y otras experiencias extremas o inusuales
- El apoyo a cualquiera que haya tenido estas experiencias, proporcionando la oportunidad de hablar de ellas libremente y sin juicio entre pares.
- El apoyo a cualquiera que haya tenido estas experiencias para explorar, entender, aprender y crecer a partir de ellas a su manera.
- Apoyar a las personas que proporcionan tratamiento, la familia, amigos y comunidad en general para ampliar su comprensión y su capacidad para apoyar a las personas que han tenido estas experiencias. (www.hearingvoicesusa.com)

Concluyendo

Como podemos en cierta medida observar, existe un tipo de transformación de la que venimos hablando, que no forma parte sólo de una utopía aceptable en términos de posibilidad, sino que es también una realidad que puede palpase en la acción cotidiana de colectivos, entidades, agrupaciones, redes, asociaciones que han logrado trascender las inercias del modelo biomédico hegemónico, trabajando desde una perspectiva integradora de los distintos saberes y articulándolos a partir de una interacción permanente con el todo comunitario. Dice Giovanni Pizza citando a Gramsci: “La hegemonía no es sólo el poder estatal que ejercita su autoridad en la acción coercitiva y la organización de un consenso naturalizado por los sujetos como “espontaneo”. Hegemonía es también una política de transformación ejercida a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos.”(Pizza: 2005) Y continúa: La hegemonía “es un pensamiento dinámico que te lleva a no considerar como realidades eternas las ordenaciones provisionales de poder reflejadas en los conceptos mismos.”(Pizza:2005). Y es precisamente esa labor desnaturalizante mencionada por el autor, la que se ejerce cotidianamente desde el trabajo de estos grupos en el ámbito de la salud y el sufrimiento mental. Es una tarea que pone en evidencia las contradicciones del modelo biomédico, y se enfoca en la recuperación y escucha de los saberes profanos, en la articulación y creación de lógicas participativas y en la promoción de una creatividad transformadora como eje de todo proceso. Desde ellos es posible pensar la construcción de una otra hegemonía que se enfrenta en términos de resistencia y construcción de alternativas, a la biomedicina, pero que al mismo tiempo la observa y comprende en tanto saber posible, mientras

reconoce la necesidad del encuentro complementario con la disciplina como una manera de construir itinerarios de un mejor estar. “Yo soy yo y mis circunstancias, si no las salvo a ellas no me salvo yo”, dice Ortega i Gasset (2004) en “Meditaciones del Quijote”. Las grandes acciones de diseño y puesta en práctica de otras articulaciones posibles han, de pensarse como el resultado de una sinergia entre saberes, experiencias, expectativas y una labor conjunta. Un proceso de desjerarquización que quizás también pueda ser pensado como una apertura hacia la fluctuación de las jerarquías dentro del proceso de la terapéutica. Esto asumiría el hecho de que en ocasiones las jerarquías pueden pensarse como el resultado, ya no de una imposición desde las lógicas de un poder verticalista, de un saber imponiéndose sobre el otro, sino como el efecto de la sinergia que produce un encuentro de perspectivas en el que a cada saber le correspondería – o no - el lugar de la palabra según la particularidad o la perspectiva sobre el fenómeno analizado. Hablamos de una sinergia nacida del consenso a partir de la valoración colectiva de uno y de otro saber. Una suerte de negociación desde la complicidad, la escucha y la elaboración compartida. Es decir, no se trata de invisibilizar los roles de cada una de las partes, ni la especificidad o profundidad de los distintos saberes (biomédicos, profanos, etc), sino cuestionar las dinámicas de coacción y des-respeto desde las cuales, en ocasiones, suelen pautarse y articularse.

Al mismo tiempo, resumiendo, podemos afirmar que el trabajo en y con la comunidad, esa labor por desarrollar espacios para un mejor estar entre sociedad y locura; ha de constituirse desde territorios límite en relación a las categorizaciones sociales sobre la problemática mental. Es en estos espacios de inter-territorialidad, nuevos contextos de posibilidad, en donde se activan los mecanismos de construcción compartida y colectiva de las prácticas sociales. Es allí en donde pueden generarse otras maneras de pensar la locura y en donde los individuos puedan acceder a la opción de recuperar una cierta flexibilidad en la constitución de sus identidades, una mayor autonomía para construir discurso sobre sí mismos y una reapropiación semántica y activa sobre sus procesos de vida.

Bibliografía

- BORDIEU P.: *El Sentido Práctico*. Madrid, Taurus Ediciones, 1991.
- CORREA URQUIZA, M.; SILVA, T.; BELLOC, M.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A.: *La evidencia social del sufriendo. Salud mental, políticas globales y narrativas locales*. En Revista Quaderns nro. 22. Barcelona, Ed. UOC-ICA, 2006
- CORREA URQUIZA, M.; *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral. URV. Tarragona, 2009. <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1>
- GARCIA, J. La sutil frontera. En *Revista Bostezo*. Ed Digital. Valencia, 2010. http://www.revistabostezo.com/detalle_texto.php?recordID=46
- GEERTZ, C. (1973): *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa, 2000.
- GOFFMAN, E.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- GOFFMAN, E.: (1963) *El estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- KLEINMAN, A.: *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books, 1988.
- MENENDEZ, E: *El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social. (I.N.A.H) México. En Arxiu de Etnografía de Catalunya. Nr 3. 1984.
- PIZZA G. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona¹. *Revista de Antropología Social VOL 14- 2005*. ISSN: 1131-558X - 15-32-
- TRIAS EUGENIO. *La razón Fronteriza*. Barcelona, Ed Destino, 1999.
- TRIAS, E. *Ética y condición humana*. Barcelona, Península, 2000.