La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental

Martín Correa-Urquiza*

Temps d'Educació, 47, p. 83-95 (2014) Universitat de Barcelona

Resumen

En este artículo se intenta analizar y evidenciar la importancia de dos elementos substanciales al momento de pensar la salud mental. Por un lado, la existencia de un saber determinado en los sujetos del diagnóstico, un saber sobre su situación –y producto de su circunstancia– que suele ser negado o invisibilizado por los saberes expertos, pero que es necesario incorporar al concierto conceptual que construye la teoría y la práctica sobre el sufrimiento mental. Por otra parte, la evidencia alcanzada a partir del funcionamiento y la proyección de la experiencia de Radio Nikosia (Primera emisora del estado español realizada por personas con problemas de salud mental y que funciona ininterrumpidamente desde el año 2003 en la ciudad de Barcelona), nos permite observar que si se dan ciertas condiciones en ciertos territorios específicos, ese saber tiende a quitarse el velo, a hacerse evidente y a activarse en favor del bienestar individual y colectivo. Hay situaciones y contextos en los que surge. Y en forma de geiser.

Palabras clave

salud mental, locura, habitus, saberes profanos, comunicación, radio, autoatención, liminaridad, identidad, des-enfermar

Recepción del original: 10 de junio de 2014
Aceptación del artículo: 28 de julio de 2014

Introducción

La construcción del conocimiento en el campo de la salud mental, tanto en su dimensión etiológica como prospectiva, ha estado históricamente centralizada en los saberes expertos. Desde allí, se ha ido articulando una suerte de monólogo vertical (Martínez Hernáez, 1998) que adopta diferentes modos y variaciones, pero que de manera sistemática deja al margen toda producción de sentido que surja desde el conocimiento vinculado a la experiencia subjetivada del sufrimiento mental. En todo caso, el discurso desde la aflicción es incorporado y aceptado en tanto materializa la evidencia del síntoma, pero nunca como enunciador de una narrativa a partir de la cual puedan articularse propuestas de salud. El sujeto del diagnóstico es, para los sistemas médicos y sanitarios, enunciador del dolor o manifestante de una suerte de *confusión* que llevaría a un abordaje clínico determinado, pero no productor de un relato posible alrededor de la construcción o elaboración de una terapéutica propia. *In extremis*, suele permitirse y aceptarse aquella terapéutica enunciada por el sujeto, siempre que se constituya en tanto réplica asumida de las orientaciones clínicas expertas; nunca, aquella derivada de una subjetividad constructiva particular e individual. Toda esta situación o circunstan-

(*) Doctor en Antropología Médica (UAB-URV) y licenciado en Ciencias de la Comunicación (UBA). Profesor de la Universidad Rovira i Virgili y de la Universitat Oberta de Catalunya. Profesor invitado en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (Brasil). Miembro coordinador en la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Dirección electrónica: marthuc@gmail.com; marthuc@yahoo.com

cia, como ya hemos desarrollado en trabajos anteriores (Correa-Urquiza, 2010), está estrechamente vinculada a dos factores fundamentales que intentaré sintetizar a continuación.

En primer lugar me interesa hablar aquí de la constatación de que el modelo de atención y gestión de la salud mental no está exento de las premisas que rigen el Modelo Biomédico Hegemónico[1]. A partir de esto, es evidente que el segundo determina en gran medida el funcionamiento orgánico y las articulaciones a través de las cuales se hace efectivo el primero. Una de las características fundamentales del ejercicio de ambos, y en donde la traslación de metodologías y estrategias se observa más axiomática, es en la llamada unidireccionalidad de la circulación de saberes, fundamentalmente durante el transcurso del episodio clínico. Ángel Martínez ilustra, en un breve recorrido, la influencia histórica de lo que denomina como Modelo Monológico (Martínez Hernáez, 2008, p. 177) que, a su vez, como él mismo aclara, es en parte una reconsideración del «sistema de comunicación unilineal» de Kendall, Foote y Martorell (1983). Es decir, un sistema en el que los discursos circulan sólo en una dirección y se caracteriza por la inexistencia del diálogo en favor del monólogo de los saberes expertos que se instalan a su vez en tanto conocimientos científicos *absolutos* y de *objetividad* universal. No son pocos los casos que ilustran este tipo de articulación que es, en definitiva, la que se ha naturalizado en tanto eje del modelo central del engranaje de los sistemas de salud en gran parte del continente europeo.

En segundo lugar, creo necesario hablar de un fenómeno que podríamos pensar como la invisibilización sistemática de la narrativa del sujeto de diagnóstico, hecho que podríamos entender ligado a una concepción que observa al individuo en términos de «enfermedad absoluta» (Correa-Urquiza, 2010). Es decir, que piensa a la persona poseedora de diagnóstico en tanto sujeto no cognoscente de su situación, de su circunstancia, de su dolor y por lo tanto, incapaz de articular cualquier tipo de estrategia para un mejor estar. En muchos casos, esto se relaciona con el lugar común a partir del cual los sistemas expertos hablan de la negación a «asumir» la enfermedad por parte del afectado. Más allá de que, en la mayoría de las ocasiones, las personas terminan asumiendo lo que les sucede; cuando existe una negación, no es precisamente al dolor o a la confusión, sino a la semántica naturalizada como verdad alrededor de lo que sucede. En otras palabras, una cosa es negar la enfermedad mental como categoría invalidante en términos sociales, y una muy distinta es negar el sufrimiento o la confusión. Creo que estamos en condiciones, o deberíamos estarlo, de empezar a separar o distinguir los fenómenos de las categorías que hemos elegido para nombrarlos. Y ante esto, intentar comprender la dimensión iatrogénica que ha adoptado, por ejemplo, la categoría «esquizofrenia». Esto, es importante aclarar, no implica de mi parte, un cuestionamiento a la pertinencia de uno u otro diagnóstico, sino que como profesionales en el campo, debemos estar atentos a las significaciones y a los usos sociales de ese diagnóstico.

(1) Eduardo Menéndez (1992) realiza en varios escritos un análisis profundo de las características del llamado Modelo Médico Hegemónico. En Catalunya el modelo se define actualmente como bio-psico-social, en ese orden, pero como afirman Gondar y González (1992), este tipo de encadenamiento no estructura su correlación de forma casual, de hecho denotan la importancia dada a cada dimensión. Lo social es siempre el tercer aspecto a tener en cuenta, tanto en el intento de compresión de las causas de la problemática como en relación a las estrategias de salud puestas en práctica.

Muchas veces el problema no radica en la existencia de la etiqueta, sino en la socialización de la misma, en las repercusiones sociales que la misma tiene para la persona.

En la experiencia de Radio Nikosia, primera emisora en el estado español realizada por personas con problemas de salud mental, Pau, como otros redactores y como muchos de los afectados, nunca ha negado la existencia –reiterada a veces– de una cierta *fractura* social y circunstancial en su *ser* en el mundo, sino que niega las significaciones externas impuestas para su dolor, se resiste a aquellas clasificaciones que percibe como reduccionistas y en las que no ve reflejada la complejidad del fenómeno que lo atraviesa. Se niega, quizás, a que su genética sea la única responsable de su malestar porque su sufrimiento está surcado por acontecimientos reales en el plano de lo sociocultural de su biografía. Se niega a circunscribir toda producción en el proceso posible de generación de bienestar a un atendimiento farmacológico seguido de ciertas prácticas asistencialistas, protocolorizadas en las que apenas hay lugar para *su* perspectiva sobre el proceso. Así, cuestionar las categorías y sus connotaciones sociales, cuestionar ciertas etiquetas y sus semánticas no implica necesariamente negar una dificultad, un dolor, una *confusión* o incluso la posibilidad de un tratamiento. El problema resulta del hecho de que este cuestionamiento, con frecuencia, es vivido por el entorno como una negación a la existencia de una problemática, como una resistencia al procedimiento clínico *que es el que debe ser*, y terminan forzando a la persona a entrar en *carrera*. Pero, ¿no es posible pensar aquí que no hay una resistencia al tratamiento, sino que hay sí una resistencia a *ese* tipo de tratamientos surgidos del monólogo (Correa-Urquiza et al., 2006) de los saberes expertos y una resistencia a lo que implica simbólicamente ese tratamiento?

Así, lo que quiero defender en este artículo es, por un lado, la existencia de un saber determinado en los sujetos del diagnóstico, un saber sobre su situación y circunstancia que es necesario incorporar al concierto de saberes que construyen la teoría y la práctica sobre el sufrimiento mental. Por otra parte, la evidencia alcanzada a partir del funcionamiento y la proyección de la experiencia de Radio Nikosia, que nos permite entender que si se dan ciertas condiciones en ciertos territorios específicos, ese saber tiende a quitarse el velo, a hacerse evidente y a activarse en pro del bienestar de las propias personas.

Del habitus y los saberes profanos

Una de los ejes que fue guiando este artículo es la idea de que existe entre los sujetos de esa locura una cierta subjetividad velada; velada por los procesos denominados como terapéuticos y por la inclusión, algunas veces involuntaria, del sujeto en el seno de la carrera (Goffman, 1998) en tanto paciente. Hablamos de procesos a través de los cuales se entroniza al individuo y a su aflicción en una doble realidad de paciente y de enfermo mental y se asfixian sus posibilidades de *ser* o de *estar* fuera de esa *identidad enferma*. Esto desencadena, en ocasiones, en una serie de fenómenos que contradicen las intenciones expuestas por las propias dinámicas terapéuticas y que tienen lugar en contextos e instancias concretas surcadas generalmente por la dominación de los saberes expertos y la desautorización sistemática de las narrativas afligidas. A esas narrativas, a esas subjetividades –que son el eje de lo que aquí trabajaré– las entiendo como el cuerpo posible de los *saberes profanos*, de esos saberes que existen y son activos y efectivos a pesar de ser constantemente negados, ocultados, desatendidos. Saberes

que, a su manera, cuestionan la pretendida secularización del positivismo científico que sustenta las lógicas biomédicas, y reconocen y defienden la existencia de *otros* fenómenos y *otras* prácticas que están más allá de la racionalidad instrumental biomédica, en la construcción del conocimiento alrededor de la locura. Son, a mi entender, profanos, también porque en su *insistencia,* en cierto modo, se constituyen como la dimensión *hereje* –en relación a ciertos dogmas– que no ha dejado nunca de manifestarse a través de recorridos que podemos pensar como de *rebasamiento* en relación al propio obstáculo teórico y práctico que se le ha impuesto históricamente. Es decir que son saberes que existen y han existido siempre, tanto en términos de reflexión teórica, como de práctica efectiva en su desarrollo. Han funcionado en cierta manera bajo dinámicas de clandestinidad, ocultándose para *ser,* camuflándose de texturas socialmente aceptadas para lograr sobrevivir, «vistiéndose de normalidad para poder *estar* entre los otros», como contó Pau, nikosiano, durante una emisión en el 2004. Al mismo tiempo, son saberes que no han de pensarse como reflejo de una verdad mayor en relación a otros saberes, no se constituyen en tanto certeza absoluta que se superpone a otras certezas. Los saberes profanos son en relación a un sentido particular de aquel que lo enuncia, un sentido que se manifiesta por un lado en lo relativo a los aspectos simbólicos de elaboración y/o interpretación de los acontecimientos que lo rodean y, por otro, en los aspectos prácticos/específicos en los que el sujeto toma decisiones y actúa en relación a lo que cree/sabe/piensa conveniente para su mejor/estar.

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 (Menéndez, 1992), los individuos generan prácticas relativas a sus maneras de hacer frente a las circunstancias; esos saberes, esas maneras de conjugar saberes que se constituyen como un saber en sí mismo, son a mi entender, los 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 su 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 cuya invisibilización se materializa a partir de todas esas instancias de des-historización, estigmatización, deslegitimación, 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, las personas mantienen y ponen en práctica un conocimiento que es activo y produce resultados en el plano de la efectividad. 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 (Bourdieu, 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 sí, 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 Bourdieu. Es decir, lo producido por aquellos "condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia". (Correa-Urquiza, 2010, p. 156)

Pongamos un ejemplo. Pau comentaba en un programa sobre *psiquiatría* que ya no quería ir a su psiquiatra y lo argumentaba de la siguiente manera:

El doctor Vieira[2] no es una mala persona. Es buena gente. Pero yo ya no quiero ir. El Dr. Vieira, no me mira a los ojos, ni me mira en su consulta. Se queda ahí, de lado, atento a su ordenador, tecleando con dos dedos porque aún es de la vieja escuela, mirando mi ficha clínica sin saber si yo sigo siendo yo. Me ve a través de mi ficha clínica. Ése soy yo para él y yo sé que no soy ése. No hay diálogo. No me conoce. Me pregunta como estoy sin mirarme. ¿Cómo puedo responder a eso? Los últimos cambios de medicación me dejaron hecho polvo. A mí me gusta correr maratones y se me agarrotan los músculos con la nueva que tomo. Así que lo hablé con el doctor para que volviera a darme las viejas pastillas que no me hacían esto que estas me hacen. No quiso. Dijo que estas nuevas eran mejores, pero lo decía él sin probarlas. Esa fue la única vez que se puso bravo, fue cuando le pedí y le pedí que me cambiara o me bajara la medicación: no quiso. Dijo que era su responsabilidad y no quiso. Se enojó porque después yo le exigí. Y yo prefiero correr. Siempre lo dije: prefiero sentir el dolor y el sufrimiento, a la invalidez emocional de las pastillas. Prefiero el dolor, el placer, el reír y volver a llorar... antes que la muerte emocional de las pastillas, frente a la vida petrificada. Aunque me cueste la vida... Prefiero poder correr, amar y sentir... Yo soy feliz cuando corro y cuando estoy en un punto de excitación que es justamente el que asusta a los demás. No lo entienden. El doctor lo entiende menos. Y entonces mis hermanos llaman al 061 a mis espaldas y termino ingresado cada vez que empiezo a ser feliz. Ahora me han dado otro diagnóstico: esquizofrénico y bipolar. Por los altibajos, dicen. (Radio Nikosia, 2008, Fragmentos de programas emitidos)

Pau es maratonista desde muy joven, hoy tiene 43 años y continúa entrenando. Suele hacer 20 kilómetros al día. Pau lee a Murakami y sabe que para él correr es «como meditar», es su manera de buscar y encontrar una cierta calma para el cuerpo y la mente. En ocasiones, cuenta los pasos de cada carrera; contar los pasos es una manera de centrarse en un «aquí y ahora» que promueve la quietud del pensamiento. Para él, correr es tan importante como cualquier terapéutica orquestada desde la clínica. No reemplaza lo que le propone su psiquiatra, tampoco para él «lo complementa», sino que ambas cuestiones van en paralelo, se retroalimentan mutuamente en términos de sentido. Son los ejes a través de los cuales consigue hacer frente a sus procesos de aflicción y confusión. Ambos forman parte de su *tratamiento,* pero sobre todo forman parte de su itinerario vital y de sus estrategias para un mejor estar. Según ha contado en reiteradas ocasiones en la radio, al terminar cada carrera, la misma sensación de agotamiento lo ayuda a relajarse, a dormir y estar mejor. Pau conoce su cuerpo, sabe de sus sensaciones y ha aprendido a observar y discernir qué es lo que le hace bien y qué es lo que no. Hay un conocimiento sobre su proceso, sobre aquello que pacifica o altera su mente y su vida. Aquella vez, luego de solicitarle en varias ocasiones un cambio de pastillas porque las nuevas estaban «endureciéndole los gemelos» e impidiéndole correr, y después de recibir repetidas negativas, Pau dejó la medicación de manera

(2) He cambiado el nombre para mantener la intimidad del profesional.

abrupta. Fue ingresado a los 15 días durante tres meses en el hospital psiquiátrico de Sant Joan de Déu, en Barcelona.

A partir de esto, no es tan osado plantear que, en parte, el ingreso fue el resultado de la negación sistemática por parte del profesional del saber de Pau alrededor de si mismo. De su conocimiento sobre lo que era y es «importante, vital, necesario». Pau acepta el tratamiento clínico, pero propone a la vez, un otro abordaje que no es observado como legítimo o «funcional» por los saberes expertos. O al menos no fundamentalmente necesario. Para estos, suele ser interpretado en términos de «recreo», «distracción», «ocio». Y si bien hay algo de ello en el hecho de correr, la cuestión va mucho más allá. Es una de las estrategias reales y efectivas que Pau activa a la hora de hacer frente a su dolor, a sus confusiones y tristezas.

Goffman nos habla de otro concepto que puede sernos de gran utilidad: ajustes secundarios (Goffman, 1998). 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, 1998). 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* revisitada para nuestro campo por Giovanni Pizza (Pizza, 2005), 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.

Como se ha dicho, a nuestro entender el *saber profano* no puede pensarse en términos de verdadero o falso, no se constituye necesariamente como verdad o mentira, no lo es en sus dimensiones absolutas al menos. Es, sí, en relación a un sentido propio, personal, subjetivo, no puede medirse sino como realidad de sentido que a su vez se manifiesta en los aspectos simbólicos de construcción y/o interpretación de los acontecimientos que rodean al sujeto y en los aspectos prácticos/específicos en los que el mismo toma decisiones y actúa en relación a lo que cree/sabe/piensa conveniente para su mejor estar. Por supuesto que ambos aspectos forman parte de una misma dimensión, son como dos caras de una misma moneda. Es decir, puede pensarse que existe un saber –profano– que es en tanto construcción simbólica propia que contribuye en la construcción de sentido alrededor de un determinado acontecimiento o de una determinada realidad/contexto/universo/imaginario; pero por otra parte existe un saber profano que se evidencia como práctica vinculada a la experiencia y al saber hacer en relación al propio sufrimiento y/o a la propia circunstancia compleja de existencia. A estas dos dimensiones nos es posible graficarlas con palabras de Alberto, nikosiano:

> 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 solo, salgo con ellos y en

ellos y en el paseo entre todos compartido encuentro la felicidad. (Radio Nikosia, 2004, Fragmentos de programas emitidos)

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.

Siguiendo con Pau, él escribió lo siguiente para una intervención en un programa:

Somos un manojo de deseos y aspiraciones y la mayoría de ellos no van a poder ser satisfechos. Deseamos ser amados, reconocidos, reconfortados, aceptados. Pero todos 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 meced 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 sí. (Radio Nikosia, 2007, fragmentos de programas emitidos)

Por el contrario, como afirmábamos al comienzo, 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 nuevamente a otros dos fenómenos en los que quiero profundizar. Por un lado, como decíamos, 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-encriptar ese conocimiento, es decir; no lo vemos porque 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.

Lévi-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 Lévi-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 Lévi-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. (Lévi-Strauss, 1999, p. 46)

Al respecto y trayéndolo al terreno que nos atañe, ¿no es acaso factible 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 porque 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 obviedad 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, porque realmente lo que *tienen para decir*, contribuye sobremanera con la construcción global de la salud y de las reflexiones sobre el sufrimiento mental.

De la experiencia de Radio Nikosia

De esta manera, la re-apropiación de la semántica que los nombra puede pensarse como una de las batallas pendientes entre los sujetos de la llamada locura. La necesidad de conquistar una cierta legitimidad para nombrarse, definirse, pensarse, y construir –o de al menos participar activamente en la construcción de– los discursos que piensan el fenómeno, está también vinculada a la posibilidad de adueñarse de los propios procesos de vida, de los propios itinerarios de recuperación y/o búsqueda del bienestar. Esta es precisamente la lógica articular que guía la experiencia de Radio Nikosia[3]. Es un espacio que parte de la propuesta de poner en circulación las reflexiones surgidas de la experiencia subjetiva del sufrimiento mental, socializarlas con el objetivo último de que formen parte del concierto de voces que construyen el sentido de la problemática y sus caminos de aproximación. Nikosia es una instancia política de comunicación. Un programa y una serie de prácticas comunicacionales de intervención social y comunitaria que desde el año 2004 funciona más allá de toda dimensión y/o semántica clínica. Es un espacio en el que las acciones y actividades son elaboradas por un grupo de 65 personas diagnosticadas de problemas de salud mental, que cuentan a su vez con el respaldo de antropólogos, periodistas y psicólogos en tanto integrantes del mismo colectivo. Es decir, el funcionamiento sucede a partir de un equipo de personas con saberes y experiencias distintas que son, en alguna medida, complementarias entre sí.

Las emisiones se elaboran y producen conjuntamente a partir de asambleas y comisiones semanales. Nikosia no es un espacio clínico, es una radio, y por lo tanto no es un espacio para «enfermos», sino que se articula como territorio político y comunicacional construido y mantenido por personas que han atravesado problemas psiquiátricos y

(3) Radio Nikosia funciona ininterrumpidamente desde el año 2004. En el 2008, se consolidó en forma de Asociación Socio Cultural cuya junta directiva está formada por personas con diagnóstico psiquiátrico. En la actualidad los participantes de la asociación llegan a 130 personas, a partir de las asambleas colectivas se organizan talleres artístico-culturales abiertos a la comunidad en Centros Cívicos, seminarios de sensibilización y formación, programas e intervenciones de radio en diferentes emisoras del país, etc. La programación central se produce en Contrabanda FM, radio libre de Barcelona.

que necesitan y construyen un lugar político en donde no ser necesariamente pacientes. Es allí, en esos contextos para «otras» posibilidades, en donde se generan simultáneamente dos posiciones epistémicas y fenomenológicas: por un lado, se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar a un lado, en cuanto instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la salud mental y, al mismo tiempo, funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en cuanto renovación de las anteriores. Dicho de otro modo: hablamos de un territorio en donde los mismos participantes no solo acceden a la posibilidad de neutralizar la semántica «oficial» sobre la locura, sino que a la vez asumen la incorporación y consolidación de otras formas de significación que derivan de sus propias reflexiones e intenciones. Siguiendo a Delgado, podríamos decir que es un lugar «donde ocurren las cosas, donde la hipervigilancia se debilita y se propician los desacatados y las revueltas» (Delgado, 1998).

Sin duda la cualidad fundamental del espacio Nikosia, es su realidad de «límite habitable» (Correa-Urquiza, 2010; Trías, 1999). Se trata de un territorio que tiene unas consecuencias terapéuticas que surgen precisamente de su condición de espacio no-terapéutico. De espacio que no precisa nombrar a sus habitantes en tanto pacientes y que contribuye así, en el proceso del des-etiquetamiento. Allí no hay pacientes, sino personas. «En Nikosia, al llegar, cada uno deja su diagnóstico colgado de un perchero en la entrada», decía Francesc, nikosiano, durante un programa de radio en el 2013. Allí, uno habla como sujeto político y politizado, ya no como usuario de un servicio o como afectado de una determinada patología. Y esto, que no implica necesariamente negar la problemática o el diagnóstico que cada uno lleva, permite una suerte de desdoblamiento, de separación. Permite la redefinición de la identidad personal en términos políticos y no clínicos. Uno es ante todo sujeto, y no sujeto de la clínica. Allí es donde reside parte de la fuerza colectiva y emancipadora del proyecto.

Y decir que Nikosia es un territorio en donde fluyen los discursos y narrativas propias de los afectados, es decir que por un lado son saberes que preceden a la existencia del espacio y, por otra parte, que encuentran en él la posibilidad de emerger. La misma experiencia de Nikosia nos ha llevado a comprender que los saberes profanos preexisten, que sólo están en busca de un contexto en donde hacerse oír, en donde comunicarse. Cada programa es un espacio para el «decir», para reflexionar y hablar sobre aquello que generalmente no hablan o no *pueden* hablar. «Es el estar en comunidad con otros que son como tú y que hablan sin miedo, es eso lo que te alienta a poder decir y contar aquello que una ha pensado tantas veces en soledad de su habitación», decía Almudena, nikosiana, en una asamblea de preparación de programa.

Nikosia es un espacio de construcción, intercambio y legitimación colectiva de los saberes profanos. Un territorio en donde dicha construcción, tal como diría Paulo Freire (Freire, 1970) se produce sobre todo porque es en tanto resultado de una elaboración compartida que tiene lugar en la *comunnitas* (Bourdieu, 1991) generada desde la misma instancia de grupo que forman los participantes en su hacer cotidiano. El saber es producto de lo que cada uno trae como equipaje y de lo que el encuentro habilita como instancia colectiva de producción de significaciones. Y es en este sentido en donde se vuelve necesario pensar en la posibilidad de desarrollar este y otros espacios desde donde producir y comunicar esas narrativas que habrán de formar parte del concierto

de voces que construyen la terapéutica. Nikosia es un espacio de educación compartida, libre y colectiva, en donde la pedagogía no es tanto resultado de una imposición jerárquica del «deber ser» social, sino lo que deriva del encuentro entre personas que han atravesado experiencias similares y elaboran una instancia para producir entre todos una nueva pedagogía participativa. A la vez, Nikosia se educa a sí misma y educa a lo social al poner en circulación nuevos sentidos y nuevas formas de pensar el sufrimiento mental, aquellas que son en tanto consecuencia de la experiencia vivida y de la puesta en común de esas experiencias. Esto cobra más sentido, si recordamos que la mayoría de la información que circula alrededor de las problemáticas mentales es la generada desde los saberes expertos, es decir, el conocimiento naturalizado como verdad es aquel que enuncia la clínica. El objetivo y la consecuencia de Nikosia es, por lo tanto, aportar a una transformación, aportar a la posibilidad de ampliar esa información y ese conocimiento, sumando la perspectiva reflexionada de las propias personas que han padecido la problemática y sus itinerarios médicos y sociales.

A modo de conclusión

A través de sus praxis, Nikosia re-historiza la locura, la devuelve a lo social en su condición histórica, biográfica, la aparta considerablemente de su dimensión estrictamente clínica/patológica; logra des-nombrar de enfermedad la identidad del sujeto, lo ayuda a salir del *ser enfermo* para poder *ser*. Y quizás *ser,* recordando a Antonin Artaud, sea una manera de empezar a *salvarse*, de entenderse a sí mismo en tanto productor de obra, autor, promotor activo del juego de lo social. Esta idea de *salvación* que plantea Tomás Abraham (Abraham, 2004) como ese *mientras tanto* en el proceso incierto de la cura, puede pensarse como una posibilidad relevante a la hora de trabajar por un bienestar en las biografías de los afligidos. En tanto no sepamos qué es lo que estamos dispuestos a aceptar bajo la noción de cura en salud mental, buscar espacios para ese *salvarse* es, tal vez, una de las opciones posibles. Incluso puede pensarse como parte del sendero que lleva hacia un tipo de sanación. Y *salvarse* aquí no es necesariamente integrarse en los mecanismos establecidos socialmente como los *señalados* para *pertenecer* a lo social, sino acceder a la posibilidad de desarrollar e integrarse en aquellas prácticas que cada quien considere subjetivamente como de sentido, y en las cuales pueda detentar un papel activo dentro de las dinámicas de su construcción. No es siempre amoldarse a lo que la *normalidad* establece como el *deber ser* en sociedad, sino, a la vez, acceder a la oportunidad de construir la propia instancia de sentido, la propia obra. Una instancia en la que cada uno pueda volver a ser dueño de su proceso, de sus acciones, de sus deseos, de sus proyecciones. Dejar de ser objeto de prácticas médicas, para transformarse en sujeto activo del propio itinerario vital. Y esta misma idea de adueñarse, apropiarse, empieza ante la posibilidad del «decir», de encontrar contextos desde donde proponer la articulación y circulación de esos saberes profanos, espacios en donde esa irrupción acceda a la opción de materializarse. Nikosia, demuestra en su hacer cotidiano que esos saberes existen y pre-existen; sólo están en busca de territorios y opciones desde donde visibilizarse, legitimarse en los otros, en lo social, en todos nosotros.

Referencias

Abraham, T. (2004) *Fricciones*. Buenos Aires, Sudamericana.

Bourdieu, P. (1991) *El sentido práctico*. Madrid, Taurus Ediciones

Correa-Urquiza, M. (2010) *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili (tesi doctoral).

Correa-Urquiza M.; Silva T.; Belloc M.; Martínez Hernáez, A. (2006) «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales». *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, *22,* p. 47-69.

Delgado, M. (1998) *Diversitat i integració*. Barcelona, Empúries.

Freire, P. (1970) *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires, Siglo XXI.

Goffman, E. (1998) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.

Gondar, M.; González, E. (1992) *Espiritados. Ensayos de Etnopsiquiatría galega*. Santiago de Compostela, Laiovento.

Lévi-Strauss, C. (1999) *Raza y cultura*. Madrid, Altaya.

Martínez Hernáez, Á. (1998) «Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, 68, p. 645-659.

— (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos.

Menéndez, E. (1992) «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales». *La antropología médica en México, Vol. 2*, edición R. Campos. México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, p. 9-24.

Pizza, G. (2005) «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona». *Revista de Antropología Social*, 14, p. 15-32.

Trías, E. (1999) *La razón fronteriza*. Barcelona, Destino.

La irrupció possible del saber profà. Cap a una construcció col·lectiva del coneixement en salut mental

Resum: En aquest article s'intenta analitzar i evidenciar la importància de dos elements substancials al moment de pensar la salut mental. D'una banda, l'existència d'un saber determinat en els subjectes del diagnòstic, un saber sobre la seva situació –i producte de la seva circumstància– que sol ser negat o invisibilitzat pels sabers experts, però que cal incorporar al concert conceptual que construeix la teoria i la pràctica sobre el sofriment mental. D'altra banda, l'evidència aconseguida a partir del funcionament i la projecció de l'experiència de Ràdio Nikosia (Primera emissora de l'estat espanyol realitzada per persones amb problemes de salut mental i que funciona ininterrompudament des de l'any 2003 a la ciutat de Barcelona), ens permet observar que si es donen certes condicions en certs territoris específics, aquest saber tendeix a treure's el vel, a fer-se evident i a activar-se en favor del benestar individual i col·lectiu. Hi ha situacions i contextos en què sorgeix. I en forma de guèiser.

Paraules clau: salut mental, bogeria, habitus, sabers profans, comunicació, ràdio, autoatenció, liminaridad, identitat, des-emmalaltir

L'irruption possible du savoir profane. Vers une construction collective de la connaissance en santé mentale

Résumé: Dans cet article, nous tentons d'analyser et de mettre en évidence l'importance de deux éléments substantiels lorsque l'on pense à la santé mentale. D'une part, l'existence d'un savoir déterminé dans les sujets du diagnostic, un savoir sur leur situation –et produit de leur circonstance– qui est en général nié ou rendu invisible par les savoirs experts, doit être incorporé au concert conceptuel qui construit la théorie et la pratique sur la souffrance mentale. D'autre part, l'évidence obtenue à partir du fonctionnement et de la projection de l'expérience de Ràdio Nikosia (première radio d'Espagne réalisée par des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui fonctionne de manière ininterrompue, à Barcelone, depuis 2003), nous permet d'observer que dans certaines conditions, dans certains territoires spécifiques, ce savoir tend à retirer son voile, à devenir visible et à s'activer en faveur du bien-être individuel et collectif. Il y a des situations et des contextes dans lesquels il surgit sous forme de geyser.

Mots clés: santé mentale, folie, habitus, savoirs profanes, communication, radio, auto-attention, caractère liminaire, identité, se rétablir

The potential inrush of non-specialist knowledge. Towards a collective construction of mental health knowledge

Abstract: In this paper, the aim is to analyse and demonstrate the importance of two fundamental aspects in considerations of mental health. The first is that the subjects of a diagnosis have certain knowledge; knowledge about their situation, which is the product of their circumstances. This tends to be denied or overlooked in specialist knowledge, but should be included in the conceptual agreement based on the theory and practice of mental suffering. The second is the evidence gained from the operation and scope of Ràdio Nikosia (the first Spanish radio station run by people with mental health problems, which has been on air continuously since 2003 in Barcelona). This experience shows us that if certain conditions arise in certain specific territories, this knowledge tends to reveal itself, to become clear and to start working in favour of individual and group well-being. There are situations and contexts in which it emerges. And in the form of a geyser.

Key words: mental health, madness, habitus, non-specialist knowledge, communication, radio, self-attention, liminality, identity, recover