

10.2.1. Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social. Saberes profanos y estrategias posibles

Martín Correa-Urquiza

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.

INTRODUCCIÓN

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 re-crearlas 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 y 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 sa-

tisfacer 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-reforma^a. 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

^a 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.

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 profanos¹. 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 hegemonías². 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 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 autoatención³, 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 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 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 colectivas⁴, 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”¹

Goffman nos habla de otro concepto que puede ser de gran utilidad: ajustes secundarios⁵. 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”⁵. 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 sí. (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-enciptar 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 to-

mando 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 ser 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 parecemos⁶.

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 dis-

curso 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 ex-

clusivamente 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 situacio-

nes 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 se 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 Goffman⁵, 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 de-

terminado 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 terapéutica 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 lógi-

ca de la acogida, del recibir, apoyar y contribuir en esa arqueología de la subjetividad de la que hablamos en otros textos, 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 Gramsci² 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).

La bibliografía de este capítulo se incluye en el siguiente que es su segunda parte.