

Martín Correa-Urquiza, Ph.D.

Adjunct Professor, Universitat Rovira i Virgili. Catalonia (Spain)

Coordinating member, Asociación Socio-Cultural Radio Nikosia (www.radionikosia.org)

Catalonia (Spain)

marthuc@yahoo.com

Publicado en:

Rethinking Madness- Interdisciplinary and multicultural reflections - Inter.Disciplinary Press-

Oxford-United Kingdom

Radio Nikosia: Mutiny on the Ship of Fools¹

Original en Inglés: Publicado en:

“Rethinking Madness- Interdisciplinary and multicultural reflections - Inter.Disciplinary Press-

Oxford-United Kingdom

“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...” Pau Nikosiano.

La re-apropiación de la semántica que los nombra puede pensarse como una de las instancias 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. En los últimos años se ha ido poniendo en evidencia -con mayor o menor énfasis- la necesidad de que las reflexiones, estrategias y articulaciones prácticas surgidas de la experiencia subjetiva del sufrimiento mental formen parte del concierto de voces que construyen el sentido de la problemática y sus caminos de aproximación. Esta es precisamente la premisa fundacional de la experiencia de Radio Nikosia, quizás la primera frecuencia en España en transmitir desde la llamada locura. Nikosia es una instancia² de comunicación. Un programa -con identidad de emisora en sí mismo- y una serie de prácticas de intervención social y comunitaria elaboradas por un grupo de 60 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 pero que son en muchos aspectos complementarios. Las emisiones se elaboran y producen conjuntamente a partir de una estructura de horizontalidad, y en la mayoría de las ocasiones están vinculadas a la necesidad de reivindicar un lugar activo dentro de la comunidad, un espacio legítimo para el decir de la locura desde la palabra de la locura.

Nikosia está en el aire desde al año 2004³. Emite en la ciudad de Barcelona (España) a través de la

¹ El presente artículo surge en parte de la Tesis Doctoral presentada en la Universidad Rovira i Virgili en el 2010 titulada “Radio Nikosia, la rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas y otros territorios para la locura”. A la vez, es fruto de 8 años de investigación antropológica y participación en el espacio de Radio Nikosia.

² Pienso como posible la idea de “Instancia” al referirme a la experiencia de Radio Nikosia porque el concepto resume las nociones de tiempo y espacio y porque me permite definir en un mismo concepto la temporalidad y la idea geográfica-simbólica que abre Nikosia. Y no hago referencia exclusivamente al momento/lugar de la emisión, sino que incluyo aquí a las diferentes dimensiones sociales en las que los participantes son atravesados y atraviesan por esta práctica.

³ Paralelamente a la puesta en funcionamiento del proyecto se fue desarrollando una labor etnográfica y de investigación que más tarde derivó en una tesis doctoral titulada “La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura.” (Correa Urquiza,2010).Esta ponencia surge de algunas reflexiones posteriores a la tesis y toma prestados algunos pasajes de distintos capítulos de la misma. El texto resulta de reflexiones que el mismo proceso de Nikosia provoca.

frecuencia de Contrabanda 91.4FM, una radio libre y no comercial. La experiencia puede pensarse como una instancia que, si bien se desarrolla dentro del ámbito de la salud mental, es -en tanto medio de comunicación- una suerte de dispositivo que funciona más allá de las redes del sistema sanitario, más allá de toda lógica terapéutica. Es un programa al que los participantes acuden libremente, sin prescripción de ningún tipo; un territorio elaborado y reinventado de manera constante y colectiva desde donde se articula el *decir* de los afectados y se establece una geografía *otra* para el *estar* de la locura, un espacio de puentes comunicantes hacia la comunidad. Son dos horas de emisión, cada miércoles, coordinadas por los propios *nikosianos*. La temática es elegida y discutida por todos en una asamblea previa los días lunes; así, se han hecho programas sobre “La medicación”, “La melancolía”, “La risa”, “La necesidad de reinventarse”, “La normalidad”, “La exclusión”, etc. Durante las dos horas se intercalan reflexiones personales, debates, secciones individuales de música y poesía, invitados, llamadas telefónicas, lectura de mensajes de oyentes, etc. No siempre el eje temático está vinculado a la locura, pero sí, en tanto experiencia vivida, atraviesa permanentemente la atmósfera del estudio radiofónico. Puede pensarse, en general, que la mayoría de los programas fusionan una dimensión más creativo/artística con otra más reivindicativa, de necesidad de contar, de decir, de gritar, de llorar: emociones que suceden durante el programa.

A grandes rasgos podemos decir que Nikosia hoy es un contexto en cierta manera *liminal* en relación al saber/modelo dominante sobre el tema, es un límite habitable, en términos de Trias (Trias, 1999) que, dadas sus particularidades, permite una re-significación de las categorías establecidas, y abre la posibilidad de instalar socialmente una manera otra de acercarse y pensar el fenómeno de la locura. “La radio es el único lugar en donde no me siento enferma, me siento Dolores”, suele decir Dolores, *nikosiana*⁴. “Es que aquí somos como independientes de médicos, psiquiatras y familia, somos lo que queremos ser, más luchadores digo yo”. Afirmaba Irene, *nikosiana*, durante un programa en el 2007. Nikosia es una suerte de *plaza íntima* en donde sus transeúntes se refuerzan, y articulan una nueva semántica que deriva en otras praxis. Es umbral y a la vez un espacio consolidado en tanto reverso, en tanto eje de nuevas clasificaciones. Es el limbo para las categorías tradicionales del mundo de la problemática mental y, al mismo tiempo, el ojo de un huracán desde donde emergen nuevos significados y nuevos significantes para pensar la locura. Y ambas instancias, entrelazadas, viven retroalimentándose.

Así, la radio es el canal de expresión para un concierto de relatos surgidos, por un lado desde la vivencia misma de la denominada locura, y por otro desde la experiencia que da habitar el entramado de prácticas, técnicas y tecnologías clínicas que existen en la actualidad en el campo de la salud mental. Nikosia es un tejido de voces en primera persona de quienes han vivido en las entrañas de los hospitales psiquiátricos y llegan para contarlo, de quienes sufren a diario el rechazo del entorno, la desconfianza generalizada; de quienes se ven arrastrados a un silencio forzado que termina enmudenciéndolos, vaciando sus historias; apagando sus vidas. Nikosia es entonces un espacio que contribuye a una cierta recuperación del decir, que posibilita el hablar y participar de la construcción colectiva de una otra manera de pensar socialmente la locura. Y lo importante aquí, es que no se trata de un espacio pautado o articulado por las administraciones o instituciones y diseñado como una suerte de *playground* para el juego social de los *excluidos*, sino que se trata de un territorio construido colectivamente, desde esa iniciativa constante que ha ido naciendo de los propios redactores/afectados en su necesidad continuada de contar con él. Es un territorio conquistado, un espacio de relaciones horizontales, simétricas, no gobernado por imposiciones externas y que lleva la capacidad de autogestionarse, de autodesarrollarse, un espacio que se predispone al acontecimiento, que permite y habilita ciertas transformaciones. Pero vamos por partes.

Tres apropiaciones

Más allá de erigirse como instancia de lucha por la des-estigmatización de la locura, uno de los interrogantes a los que parece contribuir a dilucidar Nikosia, tiene sus bases en el cómo y porque, a

⁴ “Nikosiano/a” es la categoría que los participantes de la experiencia han adoptada como propia a la hora de nombrarse, la prefieren a “enfermo mental”, “sujeto del diagnóstico” u otras variables.

pesar de los altos niveles de desarrollo y de las mejores intenciones terapéuticas, en ocasiones las propias instituciones y estructuras dedicadas al cuidado de la salud mental terminan transformándose en generadoras de sufrimiento. Veamos.

En la actualidad el modelo de atención y gestión de la salud mental no está exento de las premisas que rigen el Modelo Biomédico Hegemónico⁵. Por lo tanto, 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 (2008) ilustra, en un breve recorrido, la influencia histórica de lo que denomina como Modelo Monológico (2008:177) 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 *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.

Ante esta situación el saber del loco⁶, en tanto pieza del puzzle de los saberes populares, se constituye desde un cierto margen en relación a los saberes expertos y es objeto al mismo tiempo de una instancia de doble subalternización; es decir, me refiero a este saber como modelo subalterno al saber popular que a, la vez, se estructura socialmente como modelo subalterno a los saberes expertos. Sin embargo, es un saber -más o menos- efectivo, real en sus dinámicas de existencia, un saber que genera la experiencia y que de alguna manera se articula como un *corpus* desde donde también es posible construir un tipo de relato sobre la problemática⁷. Un saber que es producto de la elaboración de las vivencias que determinan y corporizan el sufrimiento, que constituye en sí mismo un tipo de conocimiento con posibles aplicaciones prácticas y efectivas y que a nuestro entender debería formar parte del discurso global desde donde se construye permanentemente el ensamble teórico alrededor del dolor y la salud mental.

No hemos de olvidar tampoco que los vínculos que se articulan a través del saber se constituyen a la vez en tanto relaciones de poder que promueven relaciones de jerarquía, no simétricas. Y en el campo de la salud, al hecho de que la biomedicina le asigne a los saberes populares una cierta categoría de *inexpertos*, imprecisos, *poco fiables* por su *frágil ligazón* con las lógicas de la metodología científica, le subyace la imposición de “una forma más o menos sutil de dominación.” (Martínez, 2008:181). En salud mental este dominio se acentúa, se hace más evidente y podríamos afirmar que de alguna manera deriva en prácticas que contrarían el desarrollo de casi todo proceso de recuperación o bienestar. Es un dominio que parte de una situación de poder vinculada a las formas a través de las cuales el argumento médico se transmite en la instancia clínica, de su naturalización en tanto verdad objetiva y de su constante socialización⁸. Este fenómeno⁹ de alguna manera es sustentado sobre tres instancias que se enlazan: por un lado el hecho de que, como hemos señalado, tiene sus bases y antecedentes en las relaciones de dominio que circulan comúnmente entre saberes, lo que, a su vez, y en segundo lugar,

⁵ Eduardo Menéndez realiza en varios escritos un análisis profundo de las características del llamado Modelo Médico Hegemónico ver: (Menéndez E: 1992). En Catalunya el modelo se define actualmente como bio-psico-social, en ese orden, pero como afirma Emilio 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 comprensión de las causas de la problemática como en relación a las estrategias de salud puestas en práctica.

⁶ Utilizo a idea de “loco” en tanto categoría “emic”. En este caso, la mayoría de los nikosianos suelen preferirla a la de “enfermo mental” por que no los fosiliza exclusivamente en una dimensión patológica.

⁷ No en tanto problema, sino en tanto fenómeno.

⁸ Me refiero a la “utilización social” por parte de la comunidad de los argumentos médicos como herramientas para nombrar a los afectados y hacer efectiva y justificar la exclusión.

⁹ A pesar de que puede vislumbrarse una intención, al menos desde el campo de la retórica, por abrir nuevos ámbitos, e intentar aceptar o promover el hecho de que la salud debe pensarse desde una perspectiva multidisciplinar y multidiscursiva, en la realidad, los saberes expertos continúan articulándose desde una posición jerárquica y monológica.

sostiene y legitima el poder que se manifiesta en un tipo de vínculo, que partiendo desde una lógica estratificada se plantea desde una jerarquía unidireccional que parte de los saberes expertos, la cual en último -o primer- término se apoya en la consideración del afectado en tanto sujeto del trastorno, no calificado, *enfermo mental absoluto*, etc. En resumen: la jerarquía entre saberes expertos y legos sustenta y legitima, en este caso, la jerarquía entre médico y paciente, la cual está, al mismo tiempo, apoyada y agudizada a partir de una clase de *pre-juicio* que se evidencia en la consideración del otro/paciente en tanto sujeto pasivo, inhabilitado de manera absoluta en lo relativo a sus capacidades de articular conocimiento alrededor de la problemática y sus circunstancias.

Afirma Foucault que dicen los sistemas expertos:

“De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante como para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello, nosotros, los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás por lo tanto un enfermo mental”. (Foucault, 2005:339).

A raíz de esto, podríamos decir también que se suele ejercer sobre el loco una suerte de triple apropiación:

- 1) Una apropiación de las categorías que lo definen, del nombramiento de su locura: *Yo te nombro, te defino en tu malestar, te construyo en tanto cuerpo de una enfermedad que pauto y delimito.*
- 2) Una apropiación de la legitimidad para reforzar o confirmar o contribuir a construir la imagen social sobre esa locura: *Sólo los cuerdos y fundamentalmente aquellos que representan a los saberes expertos son autorizados para hablar y definir socialmente a esa locura.*
- 3) Una apropiación de las estrategias de la cura posible, de las prácticas legítimas para una supuesta recuperación del bienestar: *Yo diseño las estrategias y comportamientos a seguir y cualquier desviación de este proceso puede ser interpretado como signo de una agudización de la problemática¹⁰.*

En la mayoría de las ocasiones, la carrera en tanto *paciente* (Goffman, 1989) se transforma a la vez en el eje de un proceso de adopción de una identidad asociada a la idea de enfermedad. Esto es lo que, en términos de Gramsci, podríamos pensar como una cierta interiorización de las pautas dominantes en tanto el sentido común de los itinerarios, en este caso, de la semántica en la salud mental. El trastorno y sus calificaciones impregnan el tejido de vida del sujeto que deviene así en una suerte de *enfermo absoluto*. Identitariamente se ve fosilizado en una dimensión exclusivamente patológica. Ya ni tan sólo *está*; sino que *es* enfermo. Y lo es en todas y cada una de las instancias sociales de su *yo* cotidiano. Este fenómeno repercute, a raíz de elementos como las significaciones socio-culturales de la problemática, en una suerte de descalificación del discurso subjetivo, un *no ha lugar* de sus narrativas que incide inhabilitando las posibilidades de su *ser y estar* activo socialmente. “No entiendo por que soy esquizofrénico si yo ejerzo de loco sólo el 10% de mi tiempo”, afirmaba Nacho, *nikosiano*, durante un programa. Con todo, no sería extraño pensar que hasta cierto punto ese *itinerario* hacia el *ser en tanto enfermo absoluto* contribuya a la deslegitimación del sujeto como actor frente a su proceso. El lugar del *no-saber* que generalmente debe aceptar y que se enfrenta -de estar enfrente- al *saber total* desde el que suele articularse el universo de los sistemas expertos, es crucial en ese sentido.

Decíamos en otro escrito (Correa Urquiza, 2010) que en la instancia Nikosia, Pau, como otros redactores *nikosianos* 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 socio-cultural de su biografía. Se niega a circunscribir toda producción en el proceso posible de generación de bienestar a un tratamiento farmacológico seguido

¹⁰ Hay un elemento que amplifica la coerción de los sistemas *psi* sobre el tema de la locura: la ignorancia sobre sus causas biológicas o psicobiológicas. Gran parte del carácter quasi religioso que adoptan las escuelas *psi* deviene precisamente de esta ignorancia. Son formas de conjurar un vacío de conocimiento que optan por el dogmatismo antes que por la no acción o la revelación del *no-saber*. Esto último desvirtuaría al sistema, como eso, experto.

de ciertas prácticas asistencialistas, protocolizadas 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 éste 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: 1996) de los saberes expertos y una resistencia a lo que implica simbólicamente ese tratamiento?”

María José, *nikosiana*, tiene hoy 27 años y una afición por disciplinas como la astrología y por lo que llama el *mundo de los espíritus*. Lleva una biografía muy ligada a lo que suele definirse como una visión *mágica* de los acontecimientos en la que las explicaciones *sobrenaturales* son las que le justifican el eje de su sufrimiento. María afirma que no está necesariamente loca o que, en todo caso, lo que los otros llaman *su* locura no es resultado de la genética sino que ella ha sido víctima de un “embrujo de un brujo malo, de un brujo negro que de alguna manera interceptó mi alma”. Es un mal que fue proyectado sobre ella por un *chamán* oscuro, un individuo al que efectivamente estuvo vinculada en un determinado período de su vida. Las explicaciones y articulaciones consecuentes de María a su dolor forman parte de su capacidad y poder de autogestión de la problemática; la cuestión es que tal como son planteadas no entran en la lógica del modelo biomédico y son consideradas parte del síntoma. En 2008, después de salir de un ingreso, decía durante un programa:

“Dejé de confiar en mi psiquiatra cuando entendí que él no confiaba en mí. Cuando entendí que me miraba como caso sin remedio. La última vez que ingresé con un *subidón* yo sabía que había un 10 por ciento de mí que estaba bien, había cosas de las que estaba segura en relación a mí a pesar de estar mal. Pero el psiquiatra no me creyó ni ese 10 por ciento, no creyó en mí. Ahí él pasó a ser más un obstáculo que una persona en quien podría apoyarme para ponerme bien. Desde el momento en el que ingresé no hice más que ceder a sus demandas, cuando se suele decir que la recuperación vendrá de un tratamiento pautado, dialogado. Pues no, yo cedía y aceptaba lo que él me decía, y volvía a ceder, y volvía a ceder esperando que él, en algún, punto cediese también. Cuando ya me di cuenta de que él no iba a ceder ni un milímetro a lo que yo le decía que era mi visión de lo que me pasaba, entendí que no podía confiar en él. Me estaba imponiendo su manera de pensar, no intentando generar un acuerdo para que yo mejorara. Ese fue el tercer ingreso este año y si sigue así no voy a poder rehacer mi vida, porque cada vez es un volver a empezar y empiezo a cansarme de estar sola en todo ese proceso. Además, el muy creído me puso el sello de crónica cuando no se sabe nunca si seré crónica o no.”

El 10 por ciento que menciona María estaba vinculado a la posibilidad de articular su propia explicación, *mágica* si se quiere, subjetiva, pero que, en todo caso, podría ayudarle a construir sentido alrededor de todo el acontecimiento y, por lo tanto, puesta en diálogo legítimo con las categorías expertas, quizás se transformase en una articulación generadora de salud. Pero no, existe, trayendo a Gramsci, un proceso de *des-historización* del sujeto de la locura que lleva a su consolidación de ser en tanto enfermo, de ser en tanto producto exclusivo de una alteración orgánica en términos biológicos. El loco es el “enfermo absoluto”, el sujeto sin obra, el cuerpo de una identidad fosilizada y aislada de todo proceso temporal y cultural.

Los saberes profanos

Nikosia, en su hacer colectivo, se fue construyendo casi en oposición a esa *des-historización*. Hoy se desarrolla como territorio de legitimación de la historia y la narrativa individual y colectiva del grupo, como espacio de valoración de la subjetividad, de los saberes profanos que circulan desde los inicios. Es un dispositivo desde donde se habilita el diálogo de y sobre las categorías relativas a la locura, el cruce de la información, de las palabras y la relativización de los significados socialmente naturalizados. Es en cierta manera un lugar en donde acontece el rizoma, un dispositivo en tanto máquina *para hacer ver y hacer hablar; un tejido de ovillos, ovillos de líneas quebradas y variables sometidas a una lógica previa de diferente naturaleza*. (Deleuze, 73:1990). Nikosia es un espacio que permite descalzar la etiqueta diagnóstica en

tanto certeza, los conceptos más enraizados en el corpus simbólico del mundo de la locura. Un corpus que merece, al menos, ser puesto en cuestión aunque no sea más que con el objeto de habilitar el desencorzetamiento del individuo sobre quien recae. Toda noción que criminaliza, culpabiliza o incluso *enferma* la locura, queda aquí momentáneamente suspendida. Se produce, por así decirlo, una cierta mutación en el bosque interminable de las significaciones.

A su manera la experiencia de Nikosia demuestra que el proceso de re-apropiación del lenguaje del que venimos hablando, puede pensarse como probable si se procura desde territorios subvertidos¹¹, desde espacios que se estructuren más allá de la lógica biomédica, y promuevan una cierta flexibilidad para las identidades. Al mismo tiempo, cabría plantear que esta re-apropiación pasa en primer lugar por la recuperación de lo que en otros trabajos, (Correa Urquiza, 2010) hemos denominado como la legitimidad del *saber profano*, de esas narrativas, esas subjetividades, esos saberes que existen y son activos y efectivos a pesar de ser constantemente negados, ocultados, desatendidos. Saberes que, a mi entender, son profanos, por que en su *insistencia* se constituyen como la dimensión *hereje* -en relación a ciertos modelos- que no ha dejado nunca de manifestarse a través de recorridos que podemos pensar como de *rebalsamiento* 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. Hablamos de saberes que podrían interpretarse como la *dimensión activa, inquieta*, quizás no necesariamente consciente, del *habitus* trabajado por Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1991). Es decir, lo producido por aquellos “condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia”. Como afirma el autor, esto “no implica que las respuestas del *habitus* vayan acompañadas de un cálculo estratégico que trata de realizar conscientemente la operación que el *habitus* realiza de otro modo” (1991:98), sino que, en tanto “presencia activa de todo el pasado del que es producto” (Ibid: 98), *produce prácticas* que se articulan a la vez en tanto corpus de conocimiento con posibilidades de *efectividad*. Continúa Bourdieu: “Producto de la historia, el *habitus* produce prácticas individuales y colectivas” (Ibid : 99), es un saber que deriva de la propia condición, situación y vivencia de un contexto y sus experiencias. 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 en la búsqueda de un mejor estar.

Xavier y Dolors, *nikosianos*, son pareja desde hace 16 años y conviven hace 10. Ambos fueron diagnosticados de esquizofrenia y se conocieron compartiendo actividades en un Centro de Día del distrito de Nou Barris, en la ciudad de Barcelona. Desde los inicios de su relación sus respectivos psiquiatras y familias se oponían a la consolidación de la pareja, según afirmaban, el problema radicaba en la posibilidad de dañarse mutuamente en los momentos críticos de la problemática. Pese a todo, Xavier y Dolors continuaron, confiaron en sus posibilidades y materializaron una experiencia que aún perdura. “Yo se, que el único que me entiende y me acepta tal como soy es Xavi, decía ella en una entrevista realizada para la revista *Magazine* del periódico *La Vanguardia* en agosto de 2008, porque él ha vivido prácticamente el mismo dolor que yo, los dos fuimos diagnosticados de esquizofrenia 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,

¹¹ No exclusivamente. Hay otros factores que aquí carecemos de espacio para analizar.

Dolors ha sido mi tabla de salvación”.

Desde el Modelo Hegemónico, el tipo de articulaciones desarrolladas por Xavier y Dolors no suelen ser promovidas ni des-obstaculizadas, sin embargo suceden más allá de él; y es ahí, precisamente en ese ser y activarse a través de esa suerte de proceso de *rebalsamiento* que emergen sobre el obstáculo que las aprisiona, que se constituyen definitivamente en tanto *saberes profanos*.

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 elaboración simbólica propia que contribuye en la construcción de sentido alrededor de un determinado acontecimiento o de una determinada realidad/contexto/universo/imaginario; y al mismo tiempo 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.

Él vive sólo desde hace 23 años. Pasea el perro todas las tardes por el barrio de la mina. Alberto le pone nombre a los pájaros que llegan a su ventana, tiene identificados a varios y sabe que vuelven, por eso los llama con nombre de piedra a los machos, y con nombres de minerales a las hembras. En julio del 2007 estuve de visita en su casa. Me mostró los rincones, las distintas habitaciones en las que guardaba sus colecciones de pinzas, de objetos amarillos, de cartas del Tarot, me mostró también un mural en el que había pintado su carta astral con Nikosia en una de las esquinas. Me mostró el calentador de agua del lavabo. Estaba roto, hacia cinco meses que se duchaba con agua fría. Cuando le pregunté por que no lo arreglaba, me mostró un nido de pájaros que se había formado en la salida del aire del calentador hacia el exterior. “Es una familia, dijo, que se ha venido a vivir conmigo por que lo ha elegido y yo no puedo sacarlos de ahí.” Alberto pasó varios meses duchándose con agua fría para no espantar a los pájaros.

Durante una charla dada por Nikosia en la Escuela de Verano de la Diputación de Barcelona él afirmaba:

“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.”

En los últimos años ha habido instancias en las que los saberes expertos parecen aceptar la dimensión discursiva del sujeto del diagnóstico como parte del conocimiento generado alrededor de la problemática, pero esto sucede siempre y cuando dicha manifestación esté estrechamente vinculada a las estrategias preexistentes para gestionar la salud; siempre y cuando reproduzca las pautas dictadas por el modelo hegemónico y la burocracia farmacrática; siempre y cuando, en definitiva, se constituya como una reformulación *profana* de la dimensión *psí*, reafirme su decir desde la *dis-capacidad* y toda reivindicación esté orientada hacia la profundización de medidas ya planteadas por los sistemas expertos. Los esfuerzos se concentran hoy en la preparación de los afectados, en tanto expertos digitadores, gestores, de los recursos asistenciales del sistema sanitario, hay una tendencia a implicarlos como partícipes activos de las propias estrategias de salud diseñadas desde los modelos expertos, pero no en la creación y el diseño de esas estrategias sino en su aplicación y articulación. Pero, ¿las consideraciones alrededor de los saberes de los afectados no deberían pasar por generar un nuevo marco de deliberación desde donde puedan surgir nuevas demandas, nuevas propuestas para desarrollar los modelos de salud?

Nikosia, como decíamos, es un límite habitable. Y esta idea de umbral ha de pensarse aquí en tanto marco que posibilita simultáneamente dos instancias que se entrelazan y se impulsan mutuamente; se construyen, se legitiman y refuerzan. Por un lado, se da la suspensión de las categorías preexistentes, como ya afirmamos, y por otro, una consolidación de las nuevas significaciones posibles y de las prácticas que de éstas puedan derivarse. Es decir, hablamos de la presencia de un fenómeno relativo a la experiencia en tanto posibilidad de cuestionar la semántica tradicional alrededor de la idea de locura; y otro vinculado a la posibilidad de la incorporación y consolidación de nuevas formas de significación que derivan de la reflexión de los propios participantes. O dicho de otro modo, el espacio de Radio Nikosia es una instancia donde se generan simultáneamente 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. Siguiendo a Delgado, podríamos decir que es un lugar “donde ocurren las cosas, donde la hipervigilancia se debilita y se propician los descatados y las revueltas” (Delgado, 1998:114). “La palabra loca me gusta, es más como de calle, pero los titulos que me ponen los psiquiatras son duros de tragar.” continuaba Montse en un programa sobre diagnósticos.

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, en donde se produce el acontecimiento en tanto ruptura; en donde las categorías expertas 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 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.

Paulo Freyre afirmaba en su “Pedagogía del oprimido” (1970) que nadie libera a nadie, ni nadie se libera sólo. Los hombres se liberan en comunión. Cuando él defiende en cierta manera su pedagogía asociada a la necesidad de que los sujetos se eduquen a sí mismos a partir de experiencias, situaciones de su cotidiano, está hablando a la vez de esos mismos contextos de posibilidades en donde tiene lugar la liberación. Espacios generadores de nuevas circunstancias emancipadoras, espacios físicos y/o simbólicos de reflexión y análisis conjunto en los cuales no existe un objetivo de adaptarse al entorno sino el de intentar transformarlo para hacerlo más vivible, amable, de alguna manera más propio y de todos. En nuestro caso, en Nikosia como geografía, la cuestión parece no ser aprender a ser en tanto normalidad, sino debatir y exigir la posibilidad de que la propia diferencia sea parte del todo. “A mi no me interesa ser normal si ser normal es estar pegado a Gran Hermano 24 horas del día; lo que yo quiero es que me acepten tal como soy, con mis formas de ser” decía Cristina, *nikosiana* durante un programa sobre la idea de estigma en el 2008. Para Freyre no debería hablarse de una pedagogía “para” sino “con” el oprimido. Es desde él, en diálogo con los otros, que pueden surgir las herramientas para su emancipación. Freyre (1970) menciona dos momentos necesarios para esa emancipación, un primero, ligado a la toma de conciencia, a la “concienciación” en relación a su situación de oprimido, excluido, apartado; y un segundo relativo a la puesta en práctica de las acciones necesarias para transformar esa situación. En Nikosia, en tanto ese *otro* contexto, ambos momentos pueden pensarse coexistiendo permanentemente, realimentándose, reforzándose para seguir afirmándose. Al mismo tiempo, la radio, en tanto medio de comunicación, materializa la acción transformadora, la hace posible y la ubica en el todo social para que cuaje y se vuelva efectiva.

Freyre plantea que el ser oprimido, circunstancia que en el sujeto del diagnóstico se manifiesta de diversas maneras y en distintas intensidades, tiene en su liberación la posibilidad de recuperar una determinada fuerza para el diálogo. Así, es factible pensar que la construcción compartida que se establece a partir del diálogo entre los *nikosianos* entre sí, y entre ellos y su entorno, es en gran medida deudora del asumir los primeros un nuevo rol alejado de la concepción subestimada de enfermo

mental. El hecho de llegar a des-enfermar la identidad, de pensarse desde un lugar otro al de enfermo, se resuelve en la posibilidad de establecer verdaderamente un diálogo con los otros, con el otro, con el saber experto, con el familiar, con lo social en general. El tomar consciencia de su opresión desde una geografía determinada, desde una *plaza íntima*, el hecho de reinventar o hacerse dueño de aquellas categorías que han de definirlo, se manifiesta como el punto de partida para iniciar y activar ese diálogo. Freyre analiza en este sentido, la importancia de la recuperación del lenguaje, de la apropiación del lenguaje por parte de los oprimidos como eje esencial para el establecimiento del diálogo. No puede haber diálogo entre un discurso que enuncia y receta y otro destinado a la escucha pasiva y a la aceptación de esas mismas semánticas y recetas. El diálogo nace cuando ambos interlocutores, asentados sobre similares plataformas de legitimación, se aventuran a la posibilidad del intercambio verbal o gestual coordinados por una situación de respeto mutuo, complementariedad y licitud.

Decir con esto y para concluir, que todo proceso de salud precisa -irremediabilmente- del conjunto de aquellas miradas que lo analizan, no se trata aquí de defender el saber profano de la subjetividad afectada como el verdadero itinerario de sanación, nada más lejos, sino plantear el hecho de que es en la relación entre sujetos en principio externos a esa locura, o al menos externo al diagnóstico, y sujetos inmersos en ella e inmersos en las consecuencias sociales que se materializan en su entorno a partir de ella, que puede surgir un tipo de transformación real. Tal como afirmaría Paulo Freyre, es dialéctica la cuestión. Es un ida y vuelta entre las diferentes perspectivas posibles. Pero esto, dadas las circunstancias, es sólo factible en tanto exista algún tipo de re-apropiación semántica por parte de los afectados. Nikosia parece insistir en este sentido. Articula y sostiene en su hacer, una suerte de motín en la nave de los locos.

BIBLIOGRAFÍA

- BORDIEU P. (1991) *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- COMELLES, J. M.; MARTINEZ, A.(1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.
- CORREA URQUIZA, M.; SILVA, T.; BELLOC, M.; MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2006) “*La evidencia social del sufriendo. Salud mental, políticas globales y narrativas locales*”. En Revista Quaderns nro. 22. Barcelona: Ed. UOC-ICA.
- CORREA URQUIZA, M (2010) *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis Doctoral. Tarragona: URV.
- DELGADO, M.(1998) *Diversitat i integració*, Barcelona: Empúries.
- DELEUZE, G.(1990) *¿Qué es un dispositivo?* En *Michel Foucault filósofo*. Barcelona:Gedisa.
- DE MARTINO, E.(1999) *La tierra del remordimiento*. Barcelona:Ediciones Bellaterra.
- ELIAS, N.(1980) *Conocimiento y Poder*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- FOUCAULT, M.(1999) *La vida de los hombres infames*. Madrid: Ed La Piqueta.
- FOUCAULT, M.(2005) *El Poder Psiquiátrico*, Madrid: Akal.
- FREYRE, P. (1970) *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: SigloXXI.
- GOFFMAN, E. (1988) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E.(1989) *El estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- GOOD, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- KLEINMAN, A.(1988) *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

- MENENDEZ, E.(1992) “*Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*”. (pp. 9-24.) Campos, R. (Comp.) En *La antropología médica en México*, Tomo 2, México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- MENENDEZ, E. (1984) *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.
- TURNER, V.(1967): *La selva de los símbolos*. Madrid, Siglo XXI, 1999.
- TAUSSIG, M.(1995) *Un gigante en convulsiones*, Barcelona: Gedisa.
- TRIAS EUGENIO. (1999) *La razón Fronteriza*. Barcelona: Ed Destino.
- VAN GENNEP, A.: (1986) *Los ritos de paso*. Madrid, Taurus.