

LA EVIDENCIA SOCIAL DEL SUFRIMIENTO¹
SALUD MENTAL, POLÍTICAS GLOBALES Y NARRATIVAS LOCALES

Correa Urquiza, Martín
Universitat Rovira i Virgili

Silva, Thomas J.
Unipampa/Fund. Oswaldo Cruz

Belloc, Márcio M.
Universitat Rovira i Virgili

Martínez Hernández, Angel
Universitat Rovira i Virgili

“Mi problema es de orden social y orden particular. Es un problema físico y social” (Zaro, 1990, cit. En Martínez Hernández 2000).

“No comprendo cómo pueden relacionarse conmigo como loco total; yo ejerzo de loco sólo el 10% de mi tiempo de vida” (Natcho, cit. en Radio NiKosia 2005:16).

“El límite debe pensarse... como *limes*; o como espacio y lugar susceptible de ser habitado. Constituye una franja estrecha y frágil, un *istmo*. Pero en ese margen hay espacio suficiente para implantar la existencia.” (Trias 1999:47)

1 Uno de los co-autores de este texto: Márcio M. Belloc, quiere hacer constar el apoyo para la redacción del artículo del *Programa Alban*, Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina, beca nº E07D400822BR.

Introducción

En las sociedades contemporáneas, el campo de la rehabilitación psicosocial de los llamados trastornos mentales severos, principalmente de las diferentes variedades de psicosis de curso crónico, viene unido a una curiosa paradoja. Por un lado constituye una alternativa al modelo custodial clásico a partir de la creación de dispositivos externalizados y la puesta en práctica de iniciativas de tratamiento e inserción social de un colectivo que había visto reducidos -si es que no anulados- sus derechos de ciudadanía. Por otro lado, sin embargo, este mismo campo parece requerir de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares. Quizá por ello, a lo largo de las dos últimas décadas han ido surgiendo nuevas voces que cuestionan el papel de las políticas estandarizadas en salud mental (Alves 1994, Shera et al. 2003, Amarante 2001 y 2007), que inciden en la idea de que el modelo custodial simplemente ha sido sustituido por una reforma burocrático-administrativa (Szasz 1994) o que aseveran que es necesario ir más allá de las teorías biologicistas y/o psicologistas para rescatar la relación dialéctica que se establece entre afectados, enfermedad y mundo social (Corin 1991, Lewis-Fernández y Kleinman 1995, Leff y Warner 2006, Yang et al. 2007).

Una parte considerable de las nuevas críticas se han ejercido desde las ciencias sociales o desde experiencias de intervención innovadoras que han intentado generar espacios sociales para este tipo de actores con el objetivo de potenciar, más allá del campo estrictamente terapéutico y nosológico, su autonomía y dignificación. A pesar de la diversidad de estas experiencias –las cuales generalmente tienen poca difusión en los medios académicos y adquieren un carácter local-, se perciben algunas similitudes entre ellas, como la devolución de la palabra a los afectados y afectadas, la importancia otorgada a la lucha anti-estigma o la creación de condiciones de posibilidad para superar el modelo de “vida tutelada” y cronicidad que conforma aún la existencia de buena parte de estos actores, principalmente –y esto resulta paradójico- en los países de capitalismo avanzado².

2 Paradójicamente, el pronóstico de trastornos como la esquizofrenia es más favorable en los contextos no industrializados que en los países de capitalismo avanzado con una diferencia de 2 a 1, respectivamente; esto es: el doble. Existen diferentes hipótesis sobre este fenómeno que inciden en la importancia de los factores sociales, como la mayor tolerancia social, el papel de apoyo de la familia o la mayor facilidad para acceder a un rol productivo formal o informal. Si bien la literatura es muy numerosa, un enfoque reciente sobre el problema puede encontrarse en Leff y Warner (2006).

La creación de nuevos espacios de interacción social o de “escucha social” contrasta con los paradigmas hegemónicos de nuestro tiempo, como es el caso de la mayoría de los modelos “psi” (psiquiatría biológica o neokraepelinismo, psicoanálisis, terapias cognitivo-conductuales, etc.) que se estructuran a partir de un individualismo metodológico y epistemológico plenamente estandarizado y difundido en las revistas especializadas a nivel global. Este sesgo individualista es operativo principalmente en los países de capitalismo avanzado y, en menor medida, en algunas sociedades latinoamericanas, como Brasil, donde las influencias intelectuales y políticas de participación popular han permitido en algunos casos la superación o mitigación de las epistemes individualistas en beneficio de reformas basadas en la “construcción social” de la ciudadanía (Fagundes 1992, Amarante 2001 y 2007).

El problema del individualismo de las ciencias “psi” es la percepción del afectado o afectada como una “isla psicopatológica” a ser explorada exclusivamente desde lógicas biológicas o psicológicas, ya sean éstas hipótesis aún no corroboradas sobre la existencia de una disfunción en la sinapsis cerebral o teorías interpretativas de tipo psicológico que compiten entre sí. Es lo que podemos denominar “fetichismo de la enfermedad” o proceso simbólico por el cual, mientras se naturaliza el mundo de las aflicciones y sus formas de tratamiento, se niegan o disimulan las relaciones sociales que producen ambos fenómenos (Martínez Hernáez 2007). No obstante, la marginación de los afectados del mundo laboral, la pérdida de sus redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de su voz como actores o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, incluso burla) son fenómenos sociales que están ahí, como las disfunciones neuroquímicas y los procesos psicológicos, y que en esta medida nos obligan a pensar en modelos analíticos y asistenciales basados no tan sólo en la evidencia médica y/o psicológica, sino también en la evidencia social. Esta es, básicamente, la realidad de exclusión y su “sufrimiento social³” derivado y ambas cosas se constituyen como limitaciones fundamentales de los modelos de rehabilitación psicosocial estandarizados.

El propósito de este artículo es reflexionar sobre las posibilidades de la etnografía para articular nuevas miradas que permitan la resocialización de las experiencias de los afectados. Como es sabido, la aproximación etnográfica es *a priori* exclusivamente

3 El “sufrimiento social” o *social suffering* puede entenderse como una categoría englobadora de las diferentes formas de adversidad humana que, debido a las compartimentaciones burocráticas del conocimiento, se encuentran hoy en día escindidas: la enfermedad, la discapacidad, la pobreza, la violencia y otros efectos de las instituciones sociales (Kleinman y Kleinman 2000). Se trata de una noción estratégica no sólo por aquello que abarca, sino por su posición liminal entre lo político, lo moral y lo estrictamente médico. Véase también Kleinman, Das y Lock (1996).

analítica y descriptiva de la realidad social. Los juegos oscilatorios entre observación y participación, entre un saber previo y un conocimiento local, así como el carácter relacional y contextualizador característicos de la etnografía, son principalmente tácticas metodológicas orientadas a la investigación y no a la intervención. No obstante, el vínculo que los etnógrafos establecen con los colectivos que estudian es también una relación social en sí misma que mueve más fácilmente que otras posiciones epistémicas al diálogo de saberes y que, mientras desnaturaliza el mundo al mostrar la condición social de las convenciones y conjuntos normativos, ofrece un espacio para resignificar las experiencias de los sujetos investigados.

Con este propósito, aquí comparamos dos experiencias diversas de investigación-acción-participación en las que la mirada etnográfica se convierte en el eje transversal. La primera, centrada en el área metropolitana de Porto Alegre (Brasil), es una iniciativa desarrollada por uno de los autores (Thomas Josué Silva) donde se plantea una forma innovadora de vincular etnografía y proceso artístico como medio para rescatar las vivencias de los sujetos diagnosticados con problemas de salud mental y establecer un nuevo espacio de interacción social. La segunda, desarrollada en Barcelona por otro de los autores (Martín Correa Urquiza), constituye un ejercicio de devolución de la palabra a los afectados desde los medios de comunicación; concretamente desde un programa radiofónico. En ambos casos, lo que está en juego es la creación de espacios ajenos al ámbito terapéutico y nosológico. Y es precisamente por este mismo enfoque que se facilita la creación de nuevas identidades sociales que acaban teniendo un impacto en las vivencias de los propios actores. Antes de entrar en materia, no obstante, es necesario contextualizar, aunque sea de forma somera, las lógicas sociales de exclusión de los sujetos con trastornos mentales severos.

La condena al “no lugar”

Movimiento y reclusión

En la historia de Europa, los trastornos mentales severos, y especialmente las psicosis, han aparecido unidos a dos condiciones o atributos: el movimiento y la reclusión. El primero adquiere una de sus mejores representaciones en *El Quijote*, donde como es sabido el “insensato” se ve abocado a un error continuo, pues aquello que trata de alcanzar es tan cercano y a la vez tan lejano como la propia fantasía. El segundo incluye entre otras fórmulas la imagen del manicomio como lugar de reclusión de no se sabe a ciencia cierta el qué - ¿la sinrazón, el caos, el desorden, el miedo, la disidencia, la diferencia?-, pero que persiste durante siglos como una forma de control social. Aunque

movimiento y reclusión constituyen atributos que parecen contradictorios entre sí, en algunas ocasiones han demostrado una especial combinación, como en ese fenómeno conocido como “La nave de los locos” o *stultifera navis*.

Como nos indica Foucault en *La Historia de la locura* (1985), “La nave de los locos” surge como una representación literaria y pictórica a finales del siglo XV, pero también como una trágica realidad social. En busca de una supuesta razón perdida los “insensatos” son embarcados en naves y obligados a descender los ríos de Renania en dirección a Bélgica o a remontar el Rin hacia Jura y Besançon. Si bien las razones de esta práctica son bastante obscuras, Foucault destaca alguna de ellas, como el carácter simbólico del agua a la que son confiados los “insensatos”: el agua es a la vez elemento purificador y representación de la inestabilidad y la incertidumbre que vienen unidas a la estulticia. Además, esta práctica responde a cierta pragmática pública, pues “La nave de los locos” se articula como una deportación masiva de los afectados fuera de los márgenes de la ciudad, así como una forma sofisticada de confinamiento que sitúa al afectado en la posición del perpetuo pasajero.

Está documentado desde el siglo XIV que los locos que producían altercados públicos o simplemente molestaban en la escena ciudadana, y más aún si se trataba de alienados considerados extranjeros, eran primero recludos en las “casas de locos” municipales o en los hospitales generales existentes. La Dolhaus del Georhospital de Elbing creada en 1326 o la Tollkiste de Hamburgo de la misma época son ejemplos de casas de locos creadas *ex profeso*. El Hôtel-Dieu de París o el Holy Trinity en Salisbury (Inglaterra) son ejemplos de hospitales generales que cuentan con alienados entre sus pacientes desde el siglo XIV. Desde estos recintos los locos pasaban a ser liberados, recludos en prisiones o entregados a la suerte de la navegación (Rosen 1974).

En algunas ocasiones las autoridades municipales los confiaban a marineros y mercaderes que eran remunerados por su función de portadores. Las insólitas mercancías eran abandonadas en los lugares de paso y de mercado en donde podían deambular con cierta libertad hasta que se iniciaba de nuevo el proceso de reclusión y deportación. También podía ser que, siguiendo el modelo de exclusión de la lepra existente durante la Edad Media, fueran segregados a los campos exteriores a las murallas o que, simplemente, fueran retenidos en los lugares de paso, como en las puertas de las ciudades, retornándolos así al espacio del tránsito, a ese territorio de indefinición tan omnipresente en la modernidad que Marc Augé (1993) ha definido como el no-lugar⁴.

Si bien Foucault nos indica que el modelo de control de la locura basado en la *stultifera navis* y la exclusión a los lugares de paso tuvo un tiempo limitado de existencia,

4 Véase Martínez Hernández (2000) para un desarrollo de este tema.

por lo menos hasta la instauración del manicomio, un examen atento nos muestra que algunos elementos de este sistema persistieron. El manicomio instaure un sistema de reclusión sedentario, pero al igual que los barcos de locos supone la concentración de los insensatos en un espacio físico que es purificador y a la vez incierto. El efecto purificador del agua se suple en el asilo con medidas como la llamada terapia moral que inauguró Pinel o con tratamientos ideados para la “rehabilitación” del espíritu primero y de la mente más tarde. La incertidumbre, por su parte, ha dejado de representarse ahora con el río de los mil brazos y el mar abierto, pero no ha desaparecido del panorama social, pues el asilo vendrá íntimamente unido en el imaginario a lo irracional, a lo inesperado y también a lo siniestro. Porque, ¿qué es un manicomio, si no una nave de los locos anclada en los confines de la ciudad y despojada de su simbología acuática? Tanto la *stultifera navis* como las casas de locos que proliferaron en los municipios europeos desde el siglo XIV pueden entenderse como las condiciones de posibilidad de lo que Foucault llamó el “gran encierro”.

Otra similitud no menos importante es que el modelo asilar, de la misma forma que la *stultifera navis*, no resuelve el problema errante de la locura, sino que simplemente lo contiene. En los manicomios que aún existen en los países que no han llevado a cabo o completado su proceso de reforma psiquiátrica se observa esta lucha entre el control y la movilidad. Los reclusos pasean por la institución a menudo sin rumbo fijo o con una rutina inflexible, suben y bajan las mismas escaleras veinte o treinta veces al día, van de la habitación al comedor, del comedor a la sala, de la sala al patio, del patio al comedor y del comedor a las habitaciones (Caudill 1958, Dunham y Kirson 1960, Goffman 1969 y 1988, Ferreira y Martínez Hernández 2003).

Los modelos posteriores de deshospitalización y desinstitucionalización basados en una estructura de dispositivos diversos que oscilan entre las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, donde los pacientes son ingresados durante el tiempo de crisis, y los centros de rehabilitación psicosocial, donde esperan su siempre postergada autonomía, pasando por los hospitales de día y el resto de dispositivos de la red asistencial, no han podido resolver el problema de la movilidad de los afectados —que es también el de su no-pertinencia social. Ellos y ellas continúan errando de un lugar a otro. Se concentran, curiosamente, en los espacios de tránsito y de no-lugar como las estaciones de autobuses y de trenes, los centros de las ciudades y los parques. Es como si estuviésemos ante una variación de la *stultifera navis* y sus juegos de exclusión a los territorios de paso, ya estén estos juegos basados en la idea del enfermo como sujeto contaminante, ya estén contruidos a partir de la reiteración de gestos y comportamientos que sedimentan la marginación de los afectados al territorio de la liminaridad social.

Políticas, exclusiones y circularidades interpretativas

En la mayoría de los países europeos, la situación de los pacientes crónicos desinstitucionalizados empieza a considerarse un tema central al principio de la década de los ochenta. En aquel momento se dispone ya de una amplia literatura que relata experiencias de este tipo en Gran Bretaña, los países escandinavos, Canadá y los Estados Unidos de América y que inciden generalmente en el carácter de largo recorrido de las iniciativas de desinstitucionalización y reinserción social. Es un momento en que diversos países europeos articulan sus políticas sanitarias y de bienestar social a partir del modelo del Estado Providencia. Este clima de protección social, unido a la preocupación por un aumento de la indignidad y la presión de las asociaciones de familiares de enfermos mentales, promueve una mayor articulación de los programas de atención continuada (las llamadas *continuing-care policies*) (Mangen 1994) y de rehabilitación psicosocial.

El desarrollo de iniciativas de cuidados continuados es, no obstante, desigual de acuerdo con los diferentes contextos nacionales y regionales (Becker et al. 2003; Shera et al. 2003). En algunos países mediterráneos, como Italia, la reforma “real” apenas coincide con la decidida apuesta por un cambio de legislación dignificadora de los enfermos mentales (de Girolamo et al. 2007). En España, un país con uno de los sistemas políticos más descentralizados de Europa, el desarrollo de la reforma psiquiátrica es muy desigual y depende en gran medida de las iniciativas de las administraciones locales (municipios) y de las fundaciones y entidades sin ánimo de lucro (Comelles y Martínez Hernández 1994).

La crisis del Estado del Bienestar, con sus políticas de recortes adquiere un carácter crucial a finales de los noventa y en la entrada del siglo actual. La liberalización económica genera limitaciones en los procesos de atención. Las claves contextuales de esta situación son bien conocidas en la literatura sociológica y económica sobre los procesos de globalización: papel decreciente del modelo de estado-nación frente a las entidades supraestatales y transnacionales, primacía de la economía sobre la política, liberalización de los servicios sanitarios, educativos y sociales, recortes de las políticas asistenciales, aumento de las desigualdades entre países y entre clases sociales, crisis del Estado del Bienestar en Europa y desregulación y precarización del mercado de trabajo, entre un largo etcétera. Los sistemas de atención en salud mental, que no por casualidad recibieron en Gran Bretaña el sobrenombre de “*Cinderella services*”, ven en algunos casos mermadas o congeladas sus fuentes públicas de financiación. Los modelos psicosociales, de psiquiatría social y comunitaria que habían alentado el proceso de deshospitalización de la población manicomial son burocratizados o puestos en suspensión ante la hegemonía de los tratamientos somáticos. La presión de la industria farmacéutica sobre

las prescripciones facultativas y el individualismo metodológico de gran parte de las ciencias “psi” se adecuan perfectamente a esta cultura desreguladora que genera una nueva institucionalización, aunque esta vez descentralizada, de los enfermos mentales crónicos, pues éstos ven –con la excepción del ámbito familiar- limitadas sus existencias al territorio de los dispositivos terapéuticos. El uso de una analogía del mundo económico puede ser aquí ilustrativa: la imagen de las redes externalizadas frente al manicomio se asemeja a los sistemas de descentralización y deslocalización productivas posteriores al modelo de la gran fábrica del capitalismo pre-informacional.

La imagen que acabamos de presentar (usuarios re-institucionalizados en un nuevo modelo descentralizado) es también la representación de la reificación de los pacientes. El dispositivo se transforma en un espacio de producción de tratamientos y el usuario en una pieza pasiva del engranaje. Las políticas neoliberales en salud mental y los modelos hegemónicos de la psiquiatría confluyen para producir esta lógica de la reificación. Las ópticas neoliberales mercantilizan el sufrimiento, transformándolo en ratios de financiación día/cama/paciente. El modelo neokraepelinano o biologista, por su lado, centraliza su atención en la supuesta enfermedad más que en el enfermo. Se trata de paliar la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor y no tanto escuchar o comprender (en su sentido de *Verstehen*) la voz del afectado, esa voz subjetiva, narrativa y autobiográfica que es generalmente omitida en los informes clínicos y en las iniciativas medicalistas de reinserción y que generalmente remite a una historia de exclusión del mundo social. La enfermedad mental se convierte en un problema de ajuste del tratamiento psicofarmacológico y no en una realidad que es también biográfica, familiar, social, económica y política. Lo que el enfermo diga, sus pensamientos, sus modelos culturales, su mundo moral, su realidad social de estigmatización, quedan relegados en beneficio de los datos de sus tests sanguíneos, de la formalización de sus síntomas en criterios diagnósticos DSM-IV⁵ o CIE-10 o de las epistemes individualistas de la mayoría de paradigmas psicológicos.

En este punto cobra sentido la reflexión de Marx en *El Capital* sobre el proceso de reificación u objetivación del proletariado: el capitalismo supone la cosificación de las personas y la personificación de las cosas. En este caso, la reificación supone la transformación del enfermo en mercancía, la preeminencia del *management* sobre el sufrimiento, pero también la desocialización de la aflicción y la enfermedad en beneficio –como diría Taussig (1981) y Lukács (1969)- de una “objetividad fantasmal” o una lógica de “hechos reales”. La personificación, por su parte, cobra vida aquí en el protagonismo otorgado a los psicofármacos, los modelos de psicoterapia, los programas y las propias

5 Véase, a modo de ejemplo, el DSM-IV-de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA 1995).

nosologías (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, etc.) que a la vez que adquieren subjetivación en el imaginario de los saberes expertos y populares ofrecen una ilusión explicativa omniabarcadora sobre los comportamientos, sentimientos y vivencias de los afectados.

La reproducción del confinamiento —o condena al no-lugar- se produce en parte por inercias o visiones medicalistas y mercantilistas, en parte por la opacidad de los tejidos sociales locales con aquellos actores considerados simplemente diferentes o con dificultades y rutinas que cuestionan el orden normativo. Y es que a pesar del tiempo transcurrido y de los rodeos intelectuales sobre los trastornos mentales severos, es un *lieu commun* que la mayoría de los dispositivos organizados para la siempre esperada y escasamente lograda “rehabilitación psicosocial” no pueden soslayar, en la cotidaneidad de su práctica, la recreación de certezas autoconstituídas que, mientras se estructuran como verdad y certeza en un campo científico-técnico, mistifican o “disimulan” la evidencia social del sufrimiento.

En realidad, existen pocas situaciones en las que la fuerza del etiquetamiento (*labeling*) y el estigma se auto-reproduzcan de tal manera que haga lo que haga o diga lo que diga el afectado todo estará siempre en su contra. Si afirma la locura, la reconoce. Si la niega, también la reconoce. Si su actitud es transgresora o simplemente cuestiona las normas sociales la interpretación más frecuentada será apelar a su trastorno de base. Si su actitud es completamente seguidista de estas mismas normas, la lectura más obvia será apelar a la pasividad derivada de su enfermedad. La circularidad interpretativa se ha convertido ya en una constante que es activada de forma acrítica y arreflexiva, como si las nosologías psiquiátricas no estuviesen sujetas a la provisionalidad de todo conocimiento. Las certezas profesionales, de escuelas, de teorías, de modelos, etcétera, dificultan el diálogo entre los profesionales y entre éstos y sus usuarios. Además, adoptan a menudo la posición de la creencia, no de la ciencia, aunque simulen esta última mediante ese sistema de pensamiento que Habermas (1989) ha definido como cientifismo⁶.

Etnografía, dialógica y socialización del sufrimiento

En el contexto que acabamos de dibujar, la creación de nuevos territorios de escucha que permitan una resocialización de la experiencia de los afectados y afectadas se

6 El cientifismo es una contradicción en sus propios términos, pues puede definirse como la fe de la ciencia en sí misma. Como nos recuerda Habermas, supone la anulación de cualquier actividad autocrítica y autorreflexiva por parte del sujeto cognoscente. Desde nuestra perspectiva, este posicionamiento aboca fácilmente a formas sofisticadas —pero al fin y al cabo formas— de esencialismo.

convierte en una tarea compleja y, a la vez, desafiante. Estos nuevos territorios pueden entenderse como espacios de deconstrucción de los preconceptos históricamente sedimentados a partir de la desarticulación de la carga de opresión simbólica que determinados entornos, en los que se desarrollan vínculos y clasificaciones específicas, generan sobre los individuos que han sido diagnosticados de algún problema de salud mental. Pensemos, por ejemplo, en nuevos espacios que habiliten una re-semantización (o suspensión semántica) de las categorías y atributos que materializan el complejo *corpus* de relaciones entre sociedad y locura. Con ello, no se trata de negar la existencia de las problemáticas mentales y su sufrimiento, sino simplemente desarticular las circularidades interpretativas que mueven a la fosilización nosológica y al modelo derivado de vida tutelada. En este desafío, la mirada etnográfica ofrece un marco de relaciones dialógicas, pues aporta tanto una desnaturalización de las presunciones de los sistemas expertos y populares como una posición liminal o intersticial, un “estar entre” (*Zwischen*) como indica Gadamer (1977) para la posición del hermeneuta o intérprete, que posibilita la simetría y el diálogo entre saberes. Las dos experiencias de investigación-intervención que vienen a continuación se articulan a partir de esta posición teórica.

*Caleidoscopios narrativos: una experiencia del Sur de Brasil*⁷

El Taller de Expresión (TE) fue un espacio creado en el Servicio de Salud Mental de Novo Hamburgo (Área Metropolitana de Porto Alegre) en la década de los noventa y desarrollado por uno de los autores de este texto (Thomas Silva). Se trataba de un servicio público, en el cual el TE ofrecía originalmente actividades de expresión artística para los usuarios en el mismo espacio del ambulatorio, pero que después fue trasladado a un nuevo espacio público pero no terapéutico: el Taller Municipal de Arte del municipio, desvinculándose, así, del dispositivo de atención en salud mental.

En ese momento, Brasil iniciaba su reforma psiquiátrica y la creación de servicios descentralizados de atención como dispositivos substitutivos de los hospitales psiquiátricos o manicomios que aún están presentes en la geografía de la mayoría de estados de este país. El proceso de reforma había sido el resultado de una intensa lucha política, especialmente en el Sur de Brasil (Rio Grande do Sul), con su juego de polarizaciones entre los defensores del modelo manicomial y un colectivo de profesionales en salud mental que, en sintonía con una sociedad civil organizada, dieron lugar al *Forum Gaucho de Salud Mental* y la *Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial*, esta última con representantes en todos los estados de Brasil. El objetivo de este movimiento era devolver la ciudadanía a los afectados, clausurar los manicomios materiales y simbóli-

7 Un desarrollo más amplio de esta experiencia puede encontrarse en Silva (2004).

cos mediante la movilización social, rescatar las memorias de los afectados y construir colectivamente espacios de autonomía a partir de la participación de los internos en asambleas comunitarias, en contactos con los diferentes partidos políticos o en congresos de salud mental con la presentación de trabajos y propuestas⁸.

En ese contexto, el TE se convirtió en una de las respuestas a lo que Amarante (2001) ha denominado “trayectoria de desinstitucionalización” con sus procesos derivados de deconstrucción de los viejos espacios manicomiales y la invención de nuevas propuestas de cuidado. El objetivo de esta experiencia era *quasi* experimental, en el sentido de establecer para los usuarios un nuevo lugar social donde pudiesen resignificar sus vivencias y sus narrativas sociales o, dicho de otra forma, un espacio para crear, a partir de sus relatos verbales y creaciones visuales, un nuevo interaccionismo fuera del ámbito nosológico y exclusivamente terapéutico que superase el paradigma de enfermedad-curación para rescatar su mundo social mutilado por el estigma. Es lo que podemos definir como una metodología de escucha social no limitada a la “escucha” monológica de las ciencias “psi” que puede reducir las vivencias de estos actores sociales a una racionalización psiquiátrica de “delirios” y “discursos enfermos” y, en esta medida, omitir sus narrativas repletas de denuncias, de tentativas de reconstrucción de sus vidas cotidianas, de sus memorias y de sus subjetividades luchando por su autonomía.

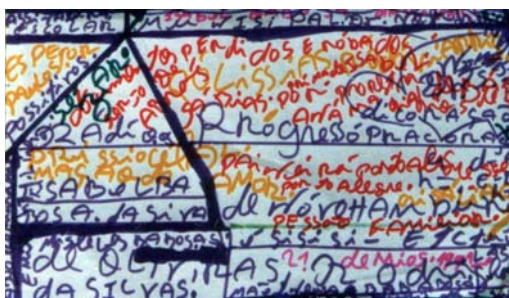
Como modo de ilustración, podemos presentar el caso de las narrativas visuales de Bela, una de las usuarias del TE, quien a través de su proceso creativo vislumbró la necesidad de promover otro tipo de escucha en el campo de la atención en salud mental que se articulase a partir de su propio mundo social. Cuando se tomó contacto con Bela en el TE, ella tenía 24 años y procedía de las clases populares. Vivía en uno de los barrios más pobres y periféricos de Novo Hamburgo y había tenido que abandonar sus estudios primarios. Ella afirmaba: “Soy débil de cabeza, por eso no pude estudiar como los otros niños”. Sobre su historia familiar se sabía poco, pues sólo relataba que había estado viviendo con su madre después de pasar un tiempo en la calle. En sus propias palabras: “Ya no sé el tiempo que pasé allí afuera, en la calle...La vida en la calle es dura...no es fácil. Allí te tienes que cuidar mucho”.

Bela llegó al Servicio de Salud Mental de Novo Hamburgo por intermedio de una derivación policial, pues ella se encontraba en la calle cuando tuvo una de las muchas crisis que marcaron su vida y que la llevaron a interminables internamientos psiquiátri-

8 Una experiencia pionera en Rio Grande do Sul fue la reforma del sistema de salud y salud mental en São Lourenço do Sul a finales de los 80, orientada a intervenir socialmente en la lucha anti-estigma o el CAPS Cais Mental Centro de Porto Alegre, basado en la construcción de ciudadanía a partir de un trabajo continuado con la población del distrito. Véanse Fagundes (1992) y Cabral (2005).

patológica o una narrativa delirante, sino expresiones de una vivencia que empezó a concientizarse en su creación artística a la misma vez que era narrada verbalmente. Se trataba de relatos que no podían desvincularse de un escenario social caracterizado por la exclusión y el estigma, a pesar de que así lo fueron dentro de un contexto medicalista y medicalizador que desconsideró sus discursos como productos psicopatológicos. No obstante, estas narrativas denunciaban un sistema social y de salud basado en la desigualdad que no podía reducirse a “discursos enfermos” y nosologías ajenas al contexto de vida de la afectada (Amarante 2007, Luz 2005).

Figura 2



La experiencia de Bela, aunque brevemente descrita en este texto, es útil para un debate etnometodológico en el territorio de las ciencias sociales y la salud mental. De poco sirve reducir la experiencia de la informante a una nosología específica cuando lo cotidiano está presente como una realidad social sin concesiones, cuando los

problemas vitales no son tanto hipotéticas disfunciones neuroquímicas o supuestas estructuras de personalidad, sino una vida de exclusión y violencia que nos salpica como una evidencia social del sufrimiento. Las epistemes biomédicas, con su naturalización de las adversidades humanas, difícilmente pueden dar cuenta de este territorio que se escapa a la subjetividad y al individuo para abarcar un mundo de interacciones sociales en el que actores como Bela tienen las peores cartas, pues el juego ya ha sido repartido previamente bajo la voluntad de poder que organiza los vínculos de hegemonía/subalternidad entre los diferentes estratos sociales.

El TE generó múltiples incógnitas en informantes como Bela. Algunos de ellos y ellas, contemplados previamente como sujetos sociales sin horizonte, víctimas de una psicopatología naturalizada como omniabarcadora de sus experiencias o incluso como mutistas, modificaron sus existencias. Cuando su identidad social se convirtió en la posibilidad de algo más que “loco” o “enfermo”, cambiaron su forma de vestir, de presentar su persona en público, narraron sus historias de vida o debatieron sobre la simbología de las artes plásticas con los creadores considerados “normales” que participaban en el Taller Municipal de Arte de Novo Hamburgo. Habían colonizado un nuevo lugar social en los intersticios donde se dirimen los juegos de exclusión e

inclusión. Ahora bien, este nuevo “lugar” sólo se habilitó cuando las actividades se desarrollaron en un espacio “normalizado”, como el Taller Municipal de Arte, pues la nueva ubicación permitió destejer las circularidades interpretativas que operaban en el contexto puramente asistencial.

A partir de la experiencia de de Bela, igual que de otros usuarios del TE, se puede vislumbrar que las aproximaciones etnometodológicas basadas en la escucha social pueden ser más útiles para reconquistar espacios “descontaminados”, como menciona Rotelli, donde el actor social con sufrimiento mental sea comprendido de forma holística a partir de sus relatos heterogéneos y polisémicos; relatos que condensan biografías, aflicciones, representaciones simbólicas y un mundo, como diría Taussig (y Benjamin) en emergencia permanente.

“Nave tomada”: La experiencia de Radio Nikosia

Radio Nikosia es una emisora realizada por un grupo de entre 20 y 30 personas que han sido diagnosticadas de alguna problemática mental a lo largo de su biografía, y que desde febrero del 2003 transmite en directo todos los miércoles de 16hs a 18hs por Radio Contrabanda en el 91.4 Fm de Barcelona. Su objetivo es desconstruir el estigma que padecen los afectados y, al mismo tiempo, dar lugar a una reflexión crítica alrededor de las nociones de locura que existen en los imaginarios expertos y populares. El colectivo es acompañado por tres profesionales del ámbito de la antropología, la psicología y la comunicación que hacen las veces de marco de contención y que contribuyen a generar el contexto de posibilidades desde donde la experiencia se activa.

Radio Nikosia⁹ nació con el propósito de poner en circulación la palabra de la persona que ha atravesado la experiencia de una problemática mental, como una manera de habilitar un espacio analítico y comunicacional alrededor de la vivencia de la llamada locura. Se articula como un intento de poner en marcha prácticas alternativas para una integración activa dentro del cuerpo social; una integración que surja desde un rol diferente al de “enfermo” y que permita reconstruir las identidades deterioradas por una existencia de ingresos consecutivos, exclusión social y emergencias permanentes.

La experiencia de Nikosia se desarrolla fuera de toda dimensión clínica. Es un espacio productor de narrativas que desmistifican o desvelan preconceitos y prejuicios establecidos socialmente en relación a las personas con problemas mentales. Es una instancia de comunicación, acción e intervención *con y para* la comunidad que promueve

9 En los primeros días de 2008 los “nikosianos” se han constituido en la Asociación Cultural Radio Nikosia con el objeto de crear un marco para la autogestión y el desarrollo independiente. La creación de la asociación es para los redactores el camino natural y necesario de empoderamiento en el cual la experiencia misma debía embarcarse.

el intercambio permanente entre nikosianos (así se nombran a sí mismos) y el resto del cuerpo social. Nikosia, en su hacer cotidiano, podría definirse como un nuevo tipo de territorio de escucha y producción de sentido en el ámbito de la salud mental. Un territorio que se articula como tal a partir de desarrollarse precisamente como un más allá de las definiciones nosológicas y terapéuticas de los saberes expertos.

Nikosia no se constituye con una intención terapéutica, pues esto ubicaría a sus participantes en la posición de pacientes. Esto no significa que no genere cambios y transformaciones como consecuencia de un quehacer que se estructura desde fuera de la dimensión patologizante. De hecho, ese quehacer habilita la aparición de nuevas identidades y nuevos roles que van más allá de las organizadas a partir de la idea de enfermedad/paciente. Lo terapéutico, en tanto generador de un bienestar, parece ser una consecuencia de las circunstancias de producción en el seno de la experiencia y no su objetivo.

A partir de la definición de Delgado (2001) de la noción de umbral, la experiencia puede ser vista como un momento/ lugar en lo que aquello que *se ha sido* se detiene para fragmentarse, cuestionarse y transformarse; y es esa liminaridad (Turner 1988) la que genera la posibilidad de que algo cambie. Partamos de esta idea: la locura es en parte sus relaciones, o más bien las relaciones del sujeto con su entorno y la consolidación de una identidad a través de ellas. “La locura es en una sociedad” dice Foucault (Foucault 1990) y quizás sin saberlo Cristina Martín (Princesa Inca), una de las nikosianas, lo secunda: “La locura no existe sin los otros” decía en un programa dedicado al tema. Y si la locura es en una sociedad, el espacio fundamental de trabajo a la hora de elaborar prácticas que calmen aflicciones debería incluir lo social. Evidentemente esta afirmación no implica negar las dimensiones biológicas de la problemática ni negar el sufrimiento, sino sencillamente afirmar que no valorar lo social en los trastornos mentales es como no valorar los factores psicológicos u orgánicos. Así, una de las hipótesis desde donde parece surgir la experiencia Nikosia se asienta sobre la realidad del hecho social que funda la locura y la fosiliza en tanto patología. Ante esto, la radio puede aparecer como un paréntesis que existe en lo social, y al mismo tiempo un umbral en relación a éste, pues quiere ser un espacio donde las categorías puedan ser “suspendidas” y el tablero se abra para comenzar de nuevo a definirse. Como indica Dolores:

“En la radio es en el único espacio en el que no me siento enferma. Me siento Dolores. Con mis deseos, mis ganas, mis compañeros. La enfermedad es entonces una anécdota puntual. Nada más. Aquí soy yo, soy mucho más yo, y es eso lo que me ha dado impulso para no dejar de venir. Con la radio y la necesidad de crear alrededor de un tema cada semana he vuelto a pensar en cuestiones que hacía mucho creía perdidas. Aquí estoy en acción y soy Dolores.”

En Radio Nikosia se intenta habilitar el diálogo sobre las categorías, el cruce de la información y la relativización de los significados socialmente naturalizados. Es un espacio desde donde se puede descalzar la etiqueta diagnóstica en tanto que certeza. Toda noción que criminaliza, culpabiliza, o incluso “enferma” la problemática mental intenta ser puesta en suspensión. Esto deriva en dos instancias fundamentales. Por un lado, abre la posibilidad de cuestionar la semántica tradicional alrededor de la idea de locura, mientras que por otro facilita la incorporación y consolidación de nuevas formas de significación que son precisamente las que derivan de la reflexión de los propios nikosianos. Estas formas de significación ya disponían de una existencia previa, sin embargo ahora adoptan una nueva relevancia que las recupera de su anterior instancia como narrativas negadas y las reubica en una posición simétrica en relación a las categorías de los saberes expertos. La radio busca crear ese contexto en el que tome protagonismo la narratividad del afectado. En esta instancia la “locura” no se constituye ya como sanción o patología dogmática, sino como vocablo, creatividad, diferencia, dolor, anormalidad, temática de disertación, de relación; punto de encuentro. La locura forma así parte del diálogo y de su variación dialéctica de interpretaciones y re-interpretaciones. “La palabra loca me gusta, es más como de calle, pero los titulitos que me ponen los psiquiatras son duros de tragar”, decía Montse en una de sus participaciones.

Radio Nikosia es un espacio en donde se tratan de generar dos posiciones epistémicas y fenomenológicas. Por un lado, se busca la posición del umbral, la liminaridad, *estar al lado*, en tanto que instrumento para cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura. Al mismo tiempo se pretende activar la producción de nuevos significados. 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 1991:114). Es de alguna manera la “no sociedad”, pero no su contrario, sino un *stand by*, un freno al universo simbólico de los saberes expertos que se abre como una posibilidad para el resurgir de las consideraciones narrativas de los afectados.

Nikosia busca ser umbral y a la vez un espacio consolidado en tanto reverso, en tanto eje de nuevas categorías, nuevas significaciones, nuevas otredades. La experiencia procura articularse como un espacio de inter-territorialidad¹⁰; un terreno nuevo de “apertura” que a su vez sobrevive dentro de uno mayor en donde el imaginario existe atravesado por una noción uniforme sobre la locura. Un territorio “liberado” que coexiste y produce desde dentro del gran territorio social. Se ubica allí a modo de

10 El concepto de inter-territorialidad podría verse asociado al de espacio interestructural desarrollado por Víctor Turner (1988).

muñeca rusa. Ernest (nikosiano) afirmaba en su intervención durante el 4to aniversario de la radio:

“Cuando estamos haciendo radio no pienso que estamos haciéndolo como enfermos, sino como cualquier otra persona, como ciudadanos que somos y que tenemos el derecho de decir nuestras cosas. Y cuando vamos a la universidad o cualquier lugar con la radio somos tratados como una persona más que llega a defender su labor. Aquí me han tratado como nunca me habían tratado, me han escuchado, me han creído y me han hecho sentir como un ciudadano mas.”

Montse Fernández, redactora agregaba más tarde:

“Cuando vengo a Nikosia y me encuentro con mis compañeros para hacer radio, es el momento en el que no me siento enferma. En cualquier caso me siento loca, y estoy orgullosa de serlo”

Nikosia es un dispositivo comunicacional como otros dentro de la estructura de *Radio Contrabanda*. Al respecto creemos que su arquitectura y sus atributos simbólico-sociales constituyen un factor fundamental a tener en cuenta en estos casos. *Contrabanda* no es un espacio surcado por una pretensión terapéutica y es eso precisamente lo que la transforma en un lugar que posibilita la opción del *umbral*. Allí se hace radio y Nikosia funciona igual que el resto de la programación. El espacio físico determina o influye determinadamente en la instancia de liminaridad necesaria para que acontezca Nikosia, y al mismo tiempo esa ausencia de una intención terapéutica en tanto objetivo explícito y/o primario saca a la locura del acervo hospitalario y la reubica en su dimensión de particularidad social. Nikosia puede devenir, así, en un espacio de “movimiento social”, de acción colectiva que practica una reconsideración global alrededor del imaginario actual sobre la locura. Aquí los nikosianos no participan en tanto “enfermos”, sino en tanto sujetos sociales activos con historias, presente y porvenir; sujetos con diversas características entre las cuales se encuentra el hecho de padecer una problemática mental. Están allí como Dolores, Natcho, Víctor, etc. Y esa pequeña y sutil diferencia hace la diferencia. El dispositivo intenta desnombrar al individuo de la enfermedad; no busca la cura sino que procura *desenfermar* desde el punto de vista semántico. Es un sitio en donde el discurso “otro” está legitimado, en donde se experimenta la posibilidad de apartarse del lugar común de la desautorización por la que atraviesan como “enfermos”, para entrar en una instancia de reafirmación, de autorización en tanto individuos con la opción abierta a un nuevo rol. Esto no implica lo que para algunas líneas teóricas podría

interpretarse como “alimentar” la psicosis y el delirio; sino que hablamos de trabajar en la dimensión social a partir de un proceso de acompañamiento que contribuya a la recuperación y recreación de sus narratividades.

Radio Nikosia puede percibirse como una experiencia dialógica y como un “límite habitable” en términos de Trias, un margen, desde donde implantar una nueva existencia y generar otro estado de creación; un estado, como afirma Victor, otro nikosiano, liberado “de las cadenas auto-impuestas a partir de la presión que ejerce el contexto médico sobre uno”, La radio busca ser ese territorio del límite y, a la vez, la posibilidad de transformación desde ese espacio. Como indica Trias:

“El limite es el lugar, crítico y de crisis, en donde se juega la capacidad de *alzado* de la situación originaria de caída en la existencia, con su cuota de exilio y éxodo... El limite es algo más que la sanción de una existencia gobernada por leyes inexorables. Es *limes* como intersticio en el que el fronterizo se juega la libertad... Es limes que abre la interrogación y pasión relativa a lo que trasciende.. La esencia del fronterizo (el habitante del límite) es su potencial libertad, que en el límite se juega. Es libre en razón de esa apertura que el límite atestigua; siendo éste bifronte: condición de sujeción y de posible liberación.”. (Trias: 1990:78-80)

En la capacidad de habitabilidad del límite es donde se gesta la diferencia, donde pueden pensarse otros órdenes y otros desórdenes, donde puede reconceptualizarse el universo cercano. Para los *nikosianos*, habitarlo es la posibilidad de ser fuera de los condicionamientos pautados por el no-límite, para desde ahí construir una nueva noción sobre la locura que surja de la valorización de sus propias concepciones. Una noción que los ayude a redefinir su mundo y a sí mismos para luego atravesar nuevamente el límite *cargados* de nuevos sentidos, nuevas retóricas, nuevas interpretaciones. Nikosia es quizás el motín en la *Stultifera navis*.

Conclusiones

Tanto en la experiencia del Taller de Expresión como en la de Radio Nikosia se observan dos características interrelacionadas y asociadas al papel de ambas como nuevas instancias de producción de sentido. En primer lugar, las dos se conforman como territorios de escucha e interacción social diferenciados del universo clínico y esta distancia posibilita que el sujeto social diagnosticado se piense al margen de la noción de anomalía y transforme su vivencia en una experiencia narrada y socializada fuera de los sistemas expertos. El sufrimiento, entonces, adopta no tanto el sentido de error o

patología, sino que se instala en un nuevo proceso interpretativo que se reelabora en el juego social a partir de una simetría entre percepciones del mundo. La voz de los afectados y afectadas -esa voz tantas veces negada en beneficio de los saberes expertos- recobra el protagonismo con sus apelaciones al infortunio cotidiano y a la evidencia social del sufrimiento. En segunda instancia, rescatar la voz de los afectados se convierte en una nueva posición de poder dentro del juego de hegemonías/subalternidades que habilita un nuevo rol activo, ya no ligado a la noción de paciente o enfermo, sino a la de pintor/ artista/redactor de radio/nikosiano, etc; esto es: asociado a una nueva identidad social.

La mirada etnográfica puede entenderse como la posición epistemológica y también social que posibilita las nuevas narrativas desde un “estar entre” (*Zwischen*) y que, a la vez, ofrece un escenario de recuperación de identidades perdidas o dañadas o de la invención de otras nuevas. En la medida en que los saberes expertos (clínicos) y los populares (afectados) se disponen en una relación de simetría, desde esta posición se facilita la desestructuración de interpretaciones monológicas que naturalizan el mundo a partir de la certeza profesional o experta. En su lugar se desarrolla una resocialización de este mismo mundo desde las diferentes vivencias, una relación dialógica y también un empoderamiento de los actores. Como consecuencia, el “yo” patologizado deja de ser ubicuo y omnipresente. Ya no es la única clave interpretativa para comprender las experiencias, pues la simetría de saberes mueve a una re-semantización de las nosologías. Evidentemente, esto no significa la eliminación del sufrimiento, sino su resignificación desde otros códigos que se redescubren en las experiencias de los afectados y que se reelaboran cotidianamente en estos nuevos territorios de escucha e interacción sociales. Pensemos que en pocas ocasiones se da voz a estos actores sociales o se los posiciona fuera de su rol de usuarios o enfermos. La constante ante categorías como “psicosis”, “locura” o “trastorno mental severo” es que los presuntos cuerdos creemos un monólogo para escucharnos a nosotros mismos. Por esta razón, y a pesar de la diversidad de los debates contemporáneos sobre las libertades y los derechos de ciudadanía, los afectados continúan confinados en la arena social del no-lugar, en ese imaginario de incertidumbre que mueve al estigma y al férreo control de sus vidas.

Los actores de las dos experiencias se caracterizan por desarrollar un desplazamiento de sus identidades sociales desde las categorías de “paciente” o “enfermo” a otras inventadas donde el padecimiento es parte pero no totalidad. De esta forma se busca poner en “suspensión” las circularidades interpretativas a las que apelaba Natcho, uno de los nikosianos, al principio de este texto. Con esto no queremos negar el papel de los dispositivos asistenciales y de los paradigmas “psi” en los procesos de tratamiento y cura de los trastornos mentales, sino subrayar la necesidad de otros espacios basados en el acompañamiento y en la creación de condiciones de posibilidad para el juego de re-elaboración de las identidades sociales.

Los desafíos de la salud mental no pueden afrontarse desde el ejercicio de delegación exclusiva en los sistemas expertos de tipo sanitario, con sus “sofisticados” protocolos para la detección de síntomas, la intervención clínica y el *management* sanitario. El riesgo de su unicidad es también el del enquistamiento de las posiciones sociales de enfermo o paciente con sus consiguientes roles de pasividad y dependencia. Mientras los afectados por un trastorno mental severo sólo puedan habitar los territorios catalogados como terapéuticos, la rehabilitación psicosocial será un horizonte inalcanzado. Los afectados y afectadas están ahí, viviendo unas existencias marcadas por la aflicción y también por un sufrimiento social derivado del estigma, de la negación de su voz y de la desvalorización de su ciudadanía. Y estas evidencias sociales difícilmente pueden reducirse a hipótesis neuroquímicas, procesos cognitivos o dinámicas del inconsciente.

Bibliografía citada

- ALVES, P. C. (1994) “O discurso sobre a enfermidade mental”, in Alves, P.C. y Minayo, M.C.S (Orgs) *Saúde e doença um olhar antropológico*, Rio de Janeiro: Fiocruz Editora.
- AMARANTE, P. (2001) *Loucos pela Vida* (2ª Ed.), Rio de Janeiro: Fiocruz Editora.
- AMARANTE, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicosocial*, Rio de Janeiro: Fiocruz Editora.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Massón.
- AUGÉ, M (1993). *Los “no lugares” espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, Barcelona: Gedisa.
- BECKER, T.; HÜLSMANN S, KNUDSEN HC, MARTINY K, AMADDEO F, HERRAN A, KNAPP M, SCHENEAH, TANSELLA M, THORNICROFT G, VÁZQUEZ-BARQUERO JL; EPSILON STUDY GROUP. (2002) “Provision of services for people with schizophrenia in five European regions”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 37(10):465-74.
- CABRAL, K. (2005) *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
- CAUDILL, W. (1958) *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.
- COMELLES JM; MARTÍNEZ HERNÁEZ A. (1994) “The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian state to the welfare state in Spain”, *Int J Soc Psychiatry*; 40(4):283-95.

- CORIN, E.E. (1990) "Facts and meaning in Psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 (2):153-188.
- DE GIROLAMO G, BASSI M, NERI G, RUGGERI M, SANTONE G, PICARDI A. (2007) "The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*;257(2):83-91.
- DELGADO, M.(1998) *Diversitat i integració*, Barcelona: Empúries.
- DUNHAM, W; WINBERG K (1960) *The Culture of the State Mental Hospital*, Detroit: Wayne State University.
- FAGUNDES, S. (1992) "Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul". En Bezerra Júnior, Benilton y Amarante, Paulo (Orgs.) *Psiquiatria sem hospício*, Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp.57-68.
- FERREIRA, LETICIA M. Y MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2003) "Ulisses, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1)58-70.
- FOUCAULT, M. (1985) *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos, México: F.C.E.
- GADAMER, HG (1977) *Verdad y método*, Salamanca: Sígueme
- GOFFMAN, E. (1969) "The Insanity of Place", *Psychiatry*, 32, 4:357-88.
- GOFFMAN, E. (1988) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- HABERMAS, J. (1989) *Conocimiento e interés*, Madrid: Taurus.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (1996) "Introduction" to Daedalus issue on *Social Suffering*, 125 (1): XI-XX.
- KLEINMAN, A Y KLEINMAN, J (2000) "Lo moral, lo político y lo médico. Una visión sociosomática del sufrimiento", in González, E y Comelles, JM (Comps.) *Psiquiatría Transcultural*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 13-35.
- LEFE, J Y WARNER, R (2006) *Social Inclusion of People with Mental Issues*, Cambridge: Cambridge University Press.
- LEWIS-FERNANDEZ R, KLEINMAN A. (1995) "Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues", *Psychiatr Clin North Am*; 18:433-48.
- LUKÁCS, G.(1969) *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*, México: Grijalbo.
- MANGEN SP. (1994) "Continuing care': an emerging issue in European mental health policy. *Int J Soc Psychiatry*. 1994 Winter;40(4):235-45.
- MARX, K. (1976) *Capital: A Critique of Political Economy*, London: Penguin Books, V. I.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2000) *¿Has visto cómo llora un cerezo?* Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia (2ª reimpresión), Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2007) “Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions’. Biopolitiques, antidépresseurs et autres ‘sorcelleries’ du capitalisme tardif en Catalogne”, *Socio-Anthropologie*, 21:69-86.
- RADIO NIKOSIA (2005) *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*, Barcelona: Gedisa.
- ROSEN, G. (1974) *Locura y sociedad*, Madrid: Alianza Editorial.
- SHERA W, AVIRAM U, HEALY B, RAMON S. (2003) “Mental health system reform: a multi country comparison”. *Soc Work Health Care*. 2002;35(1-2):547-75.
- SILVA, TJ. (2004) *Imágenes y narrativas. La “otra” desinstitucionalización de la locura*, Tesis de Doctorado, Barcelona: Universidad de Barcelona.
- SZASZ, T. (1994) *Cruel compaixão*, Campinas: Papirus.
- TAUSSIG, M. (1995) *Un gigante en convulsiones*, Barcelona: Gedisa.
- TRIAS, E. (1999) *La razón Fronteriza*, Barcelona. Ed Destino.
- TURNER, V. (1988) *El proceso ritual*, Madrid: Taurus.
- YANG LH, KLEINMAN A, LINK BG, PHELAN JC, LEE S, GOOD B. (2007) “Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory”, *Soc Sci Med*; 64(7):1524-35.

Resumen:

El propósito de este artículo es explorar las posibilidades de la mirada etnográfica en el campo de la llamada “rehabilitación psicosocial de los trastornos mentales severos”. Partiendo de una crítica al individualismo metodológico y epistemológico de algunas aproximaciones “psi” (psiquiatría biológica o neokraepelinismo, terapia cognitivo-conductual, psicoanálisis, etc.) y de las políticas estandarizadas de reinserción, se defiende una orientación teórico-práctica centrada en lo que aquí denominamos la “evidencia social del sufrimiento”. Para ilustrar esta aproximación se comparan dos experiencias de intervención-acción-participación diversas y deslocalizadas geográficamente: la primera en el Área Metropolitana de Porto Alegre (el Taller de Expresión de Novo Hamburgo) y la segunda en Barcelona (Radio Nikosia). A pesar de las diferencias locales, ambas experiencias confluyen en varios aspectos, como la creación de nuevos territorios de escucha e interacción social no asociados al campo terapéutico y nosológico, la aplicación de una metodología dialógica desarrollada desde la mirada etnográfica, el rescate del mundo narrativo de los afectados y la habilitación de nuevas identidades sociales. Finalmente, el texto indica algunas orientaciones para repensar las intervenciones en salud mental desde la “evidencia social del sufrimiento”.

Palabras clave: salud mental, antropología médica, políticas de rehabilitación psicosocial

Abstract:

The purpose of this paper is to explore the possibilities of ethnographic gaze in the field of so-called “psychosocial rehabilitation of severe mental disorders.” Starting with a critique of the epistemological and methodological individualism of some “psy” approaches (neokraepelinism or biological psychiatry, cognitive-behavioral therapy, psychoanalysis, etc.) and the standardized policies in this field, a theoretical and empirical approach based in the “social evidence of suffering” is pointed out. We utilize two case examples of ethnographic-oriented intervention in the metropolitan area of Porto Alegre (Novo Hamburgo) and in Barcelona to illustrate this approach. Despite local differences, the two experiences show some similarities, such as the creation of new social territories not associated with the therapeutic or nosological gaze, the application of a methodology developed from a dialogic ethnography, the relevance of the sufferers’ narratives and the empowerment of new social identities outside the category of “patient”. Finally, some considerations to rethink mental health interventions in terms of the “social evidence of suffering” are indicated.

Keywords: mental health, medical anthropology, psychosocial rehabilitation policies.