



De-construyendo el Estigma en Salud Mental

Raúl Velasco

Radio Nikosia, Barcelona

(Recibido el 15 de Enero 2013; Aceptado el 28 de Marzo 2013)

RESUMEN: En la mayoría de artículos sobre estigma en Salud Mental se suele obviar el papel estigmatizador de los profesionales y de los procesos protocolares denominados como terapéuticos. Estos procesos regidos por lógicas institucionales acaban resultando en la mayoría de los casos la principal causa generadora de estigma, en tanto entroniza a los pacientes en un doble rol identitario como paciente y enfermo crónico; objeto de estudio, en definitiva, que menoscaba las capacidades de los sujetos para reconstruir su identidad fuera de esa doble identidad enferma. Desde la experiencia viva como persona diagnosticada que ha sufrido los vaivenes de la locura y las perversiones de un sistema sanitario que ha acabado por industrializar el sufrimiento mental, este artículo busca de-construir las principales dinámicas que construyen la imagen social e institucional de las personas con problemática mental. Por contra, a partir del ejemplo de la Asociación Socio-cultural Radio Nikosia y su capacidad a la hora de generar instancias de posibilidades para el ser, el estar y el decir fuera de todo ámbito clínico -de lo que resulta en no pocas ocasiones la re-estructuración identitaria y del propio discurso a través del trabajo constante en medios de comunicación y las intervenciones artístico-políticas, participando colectivamente con y desde la comunidad, en el común más cotidiano de la comunidad- reivindico otra forma de entender el sufrimiento, naturalizándolo en la plaza pública.

Palabras clave: estigma, identidad, locura, psiquiatría.

Deconstructing stigma in mental health

ABSTRACT: In most articles about Stigma in Mental Health Stigma is often overlooked role of professionals and stigmatizing process known as therapeutic protocol. These processes governed by institutional logics end resulting in most cases the chief cause in stigma, enthroned as the patients in a double role and identity as chronically ill patient; object of study, ultimately undermining the capacity of subjects to reconstruct their identity outside of that sick double identity. From the living experience as a person diagnosed to have suffered the vagaries of madness and perversion in a health system that has come to industrialize mental suffering, this article seeks to deconstruct the main dynamics that build social and institutional image of people with Mental problems. In contrast, using the example of the Socio-cultural Association Radio Nicosia and its ability to generate instances when possibilities for being, being and saying out of all clinical scope in what is on many occasions the identity and re-structuring of the discourse itself through constant work in media and artistic-political interven-

tions, collectively engaged with and from the community, in the most ordinary common-vindicate community another way to understand suffering, naturalizing in the public sphere.

Keywords: stigma, identity, madness, psychiatry.

“¿QUÉ ES LA RAZÓN? LA LOCURA DE TODOS, ¿Y QUÉ ES LA LOCURA?
LA RAZÓN DE UNO” GIUSEPPE RESSI.

El término locura es una derivación del *locus* latino. Ese lugar donde somos situados en tanto *Otros*, como diferentes, como anormales, como extraños e incluso como monstruos. Como si de nuestra singularidad como seres humanos se desprendiera una presumible confrontación constante y perpetua contra la razón, la norma y su dictado. Somos aquellos de los que hay que protegerse, de los que hay que defenderse por el bien de la comunidad y su estructura, pues nuestra aviesa costumbre a salirnos del discurso oficial nos vuelve peligrosos, en tanto impredecibles, lo que nos sitúa en el objetivo de los mecanismos de control social por todos aquellos delitos que podríamos cometer en potencia. Por ello y como defensa natural, puesto que el cerebro humano suele codificar lo impredecible como peligroso, a los locos -entre los que me incluyo- en el mismo momento en que sacamos hacia fuera todo el dolor que llevamos guardado, en el mismo momento en que nuestro entorno (demasiado ocupado en mantener el frágil sustento que aguanta sus rutinas) se alarma ante la imposibilidad de entender de donde vienen estas conductas extrañas, en tránsito perpetuo, que han erupcionado partiéndolo todo: estructuras, lenguajes, significados, sentimientos, relaciones, cometamos una especie de delito social que exija una pronta condena. Porque los locos explotamos y a la vez implosionamos en una suerte de desgraciada incomprensión social. A este fenómeno se le conoce como estigma y siguiendo a Goffman sería “*una clase especial de relación entre atributo des-creditor y estereotipo*” (Goffman, 1989, p.14).

Volviendo a ese lugar social donde ubicar a la locura y al loco me gustaría hacer un breve repaso histórico desde la época clásica hasta nuestros días.

En la Grecia Clásica a aquella persona que se extralimitara de lo culturalmente consentido y admitido era considerada loca. Desde este punto de vista, la insania dependía más de factores sociales que de argumentos físicos o religiosos. El demente era, en estos casos, el que perturbaba, cuestionaba y/o acusaba el orden establecido. Según este criterio de orientación, dos comportamientos específicos se creían característicos del loco: la costumbre de vagar por las calles, cantando, riendo o bailando, y la propensión a la violencia. En el derecho griego se incapacitaba a los locos y se les reducían algunos de sus derechos, como el de casarse. Lo que se juzgaba y condenaba no era el hecho de estar demente, sino los actos que se cometían bajo ese particular estado. Del mismo modo se les llegaba a expulsar de la Polis, condenándoles a errar por los caminos en un exilio permanente.

La “*Stultifera Navis*”, la Nave de los Locos, es un objeto nuevo que aparece

en el mundo del Renacimiento: un barco que navega por los ríos de Renania y los canales flamencos. Los locos vagan en él a la deriva, expulsados de las ciudades. Son distribuidos en el espacio azaroso del agua (símbolo de purificación).

Michel Foucault, que dedica a la “*Stultifera navis*” el capítulo primero de su “Historia de la locura en la época clásica”, considera que de todos los navíos novelescos o satíricos, “el *Narrenschiff* es el único que ha tenido una existencia real, ya que sí existieron estos barcos que transportaban de una ciudad a otra sus cargamentos de insensatos.

Foucault cree posible que estas naves de locos hayan sido *navíos de peregrinación, navíos altamente simbólicos, que transportaban locos en busca de razón*. Para el filósofo francés el curioso sentido que tiene la navegación de los locos y que le da sin duda su prestigio radica en que: «*Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último. Hacia el otro mundo es adonde desembarca. La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto*» (Foucault, 1979).

A partir del siglo XIV proliferan en las grandes ciudades europeas los primeros asilos para enajenados. Las lógicas de estos manicomios serán reformadas en el siglo XVIII por Pinel y su terapia moral. Siguiendo a Foucault podemos entender que el loco y la incertidumbre que conlleva su locura en la comunidad se traslada del río de mil brazos o el mar de mil caminos a una barca anclada en las afueras, fuera del perímetro propio de la ciudad, en lo que podríamos denominar un exilio contenido tras los muros de la institución moral. Desde ese momento el asilo se carga de una simbología oscura, referida a lo irracional, a lo inesperado, a lo siniestro (Martínez, 2002).

El problema del movimiento errante y constante del loco queda cercenado a través de cadenas, grilletes y demás ingeniería, pero en un modelo de contención forzado y coercitivo que no neutraliza ni física, ni simbólicamente la necesidad de evasión física y psicológica del loco.

Desde la reforma psiquiátrica iniciada por Basaglia en los años 70 y el cierre de las antiguas instituciones totales el loco se enfrenta a un nuevo reto: su reconocimiento como ciudadano y su integración en la comunidad. Más allá de la torpeza con la que se fueran realizando las distintas reformas psiquiátricas en Europa o la mayor sofisticación de los tratamientos neurolépticos, a los locos se les inserta dentro de un sistema pseudocomunitario formado por plantas de agudos en hospitales generales, centros de día, etc. Estos dispositivos no solucionan el problema del tránsito constante, sino que se acrecienta. Las camisas de fuerza físicas han sido sustituidas por camisas de fuerza químicas, que levantan

muros mentales, invisibles, que dificultan la comunicación entre otros motivos a causa del aplanamiento emocional que generan. El loco se encuentra nuevamente vagando por las calles o encerrado en su habitación, en fuga constante de un mundo que le agrede y que le empuja a la evasión. Los síntomas positivos como las alucinaciones o los delirios pueden haber disminuido, pero la agresión de una comunidad que lo rechaza, que desconfía de él y de su deambular, que lo considera peligroso o vago, que lo mira a través de su discapacidad, que lo infantiliza en el mejor de los casos y lo ningunea en el peor, hace de proyecto de integración comunitaria un fracaso casi absoluto.

Así llegamos a nuestros días. Mientras que el resto de locos (los que hay más allá de las puertas del psiquiátrico) luchan cada día por sostener los vaivenes emocionales que les provoca los embates de la vida, nosotros, los que hemos pasado por aquí dentro, desde el mismo momento en que nos diagnostican y asumimos, como niños buenos y sumisos, que somos y seremos enfermos crónicos, víctimas del ir y venir de ese cajón de sastré “explicatodo” y “describenada” llamado dopamina durante el resto de nuestras vidas, nos vemos obligados a renunciar a nuestra identidad, a nuestra experiencia, a nuestros valores, a nuestras creencias, a nuestros sueños e ilusiones, y, lo que es peor, renunciamos a todo aquello que seguramente fue causa real de nuestro sufrimiento y, que como *real* que es, resulta difícilísimo, sino casi imposible de explicar a las primeras de cambio.

Así, con la personalidad desestructurada, despersonalizados diagnósticamente, deshistorizados, con las emociones aplanadas por la química farmacológica flotamos a la deriva en una sociedad hostil, depredadora, voraz, donde la sutil violencia a la que todos los seres humanos somos sometidos cada día va desmembrando las posibilidades reales de cambio... Las voces, las fantasías, las pesadillas pueden haberse detenido. Pero no se tarda en descubrir que en realidad sólo se ha sustituido una pesadilla por otra, que existe una ley no escrita que nos sitúa a partir de entonces en la marginalidad tanto económica, como social más absoluta.

Son otros muros, otras murallas, en este caso invisibles las que sitúan al loco en el lugar del discapacitado total, aquel que ni puede, ni debe decidir sobre las cuestiones importantes de su vida (Correa, 2010). Estas murallas nos separan de los otros y su materia consistiría en un amasijo de falsas creencias, prejuicios, estigmas, miedos y golosa irresponsabilidad. De murallas hay tantas como grupos sociales denostados, ninguneados, anulados cuando se confrontan con un otro social que se cree superior. Es desde esta lógica de las relaciones de poder y la ignorancia desde donde se construyen los prejuicios. En el momento en que alguien piensa que es mejor, más libre, más capaz que otra persona porque ésta última tenga algunas dificultades, y esta idea le impida acercarse a él, de pura soberbia, se levanta un muro invisible. Creo que todos los seres humanos tenemos ciertas dificultades para sobrellevar la vida -sólo que las de algunas personas son más evidentes que las de otras- por lo que todas las personas de este planeta seríamos en cierto modo discapacitados. Desgraciadamente las personas tende-

mos a pensar que “las taras físicas, emocionales, etc” son exclusivas de los demás, porque nuestro ego nos impide hacer una reflexión autocrítica sobre nuestra conducta, quizás porque de otra forma no seríamos capaces de soportar la carga simbólica que supone admitir nuestra discapacidad. Esto no sería un problema si participáramos socialmente de una lógica donde la horizontalidad, el respeto hacia el otro y su enorme diversidad fueran los valores imperantes, en contra de la uniformidad global que parece que se nos quiere imponer desde los mecanismos de poder. Porque considero que el problema no es una etiqueta determinada. Las etiquetas son sólo eso: etiquetas. Éstas se convierten en estigmas cuando se asocian a ideas negativas por parte del afectado o la sociedad, ideas que varían su significado según las culturas, las creencias, las experiencias y las subjetividades. Hoy en día resulta muy difícil mirar a alguien a quien se le ha colgado una etiqueta, y se ha acabado por identificar con ella, en un lugar distinto a la casilla en la que se le ha encerrado socialmente. En estos casos debería ser la misma sociedad que lo etiquetó quien, a juzgar por sus actos y su esfuerzo, lo situara en otro lugar, pero parece que esto no interesa demasiado. En salud mental, por una crisis, la mayoría cargamos con el peso del diagnóstico toda nuestra vida, hasta el punto en que la misma etiqueta puede acabar suplantando la identidad del sujeto, máxime cuando en el momento del diagnóstico se pone tanto énfasis por parte de los profesionales en la aceptación y cronicidad del mismo. Quizás por esto prefiero hablar de problemas reales que de memorizar el DSM-IV. Las limitaciones propias y del entorno sumadas a los indeseables efectos secundarios de los psicofármacos hacen muy difícil que una persona diagnosticada se recupere.

Además me resulta cuanto menos curioso comprobar cómo estudios antropológicos revelan que en un país tercermundista como Sri Lanka, donde en algunas tribus un brote psicótico es entendido socialmente como una posesión “mágica” por parte de los antepasados del sujeto y éste es apreciado o al menos no excluido o rechazado por su condición, exista una mejor evolución de los afectados respecto al todopoderoso Occidente y sus modelos de normalidad y manuales diagnósticos (Waxler, 1979). Por alguna razón, estos estudios tienen menos interés en los medios de comunicación que los ensayos clínicos o la salida al mercado de un nuevo psicofármaco, y mientras tanto la imagen que se proyecta en los mismos medios de la locura se relaciona directamente con peligrosidad o incapacidad.

A parte de esto es desde el contacto directo con la comunidad desde donde se desmontan los estigmas (éste y el que sea). Cuando uno se ve obligado a desinstalar de la categoría social a alguien a quien ha estigmatizado porque no asume el rol que se le presupone es cuando el estigma tiende a desmontarse (a caer por su propio peso). Yo he salido del armario hace mucho, y por todo lo que hago, y donde lo hago, y con quien lo hago nadie me considera ni un enfermo, ni un esquizo, sino un tipo simpático y algo alocado. Desgraciadamente a mí se me coloca en el lugar de la excepción, e incluso, a pesar de los muchos médicos que afirmaban antaño mi absoluta pérdida del juicio, ahora según aquellos psiquiatras que al conocerme no reconocen a un esquizo como manda el D.S.M. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) o como dios manda, que para su

caso son lo mismo, me dicen que mi caso es un claro ejemplo de mal diagnóstico. Lo que sea por no manchar las decisiones de la A.P.A (*American Psychiatric Association*) y su bendito consenso.

El psiquiatra Manuel Desviat nos recuerda lo difícil que les resulta articular una ética a profesionales como él con estas palabras: <<Si es aún difícil la introducción de normas y protocolos que garanticen la eticidad de la práctica médica en general, es fácil adivinar las resistencias, las trabas, las confusiones en la atención psiquiátrica, donde los pacientes más graves –los psicóticos- han sido considerados, cuando menos, unos menores más ó menos perversos precisados de tutela de por vida, y los menos graves –los neuróticos-, unos inmaduros inestables y de poco fiar.>> (Desviat, 2001). Los psiquiatras, como estandartes de esta herramienta de control social disfrazada de ciencia de la salud que resulta ser la psiquiatría, son causantes o altavoces o brazos ejecutores de un abuso descarado contra los derechos de las personas que, como yo, acuden a ellos esperando ser comprendidos y acabamos siendo silenciados de la forma más taxativa posible. Estos personajes, que se presentan como los guías del camino terapéutico, los dueños del SABER -así en mayúsculas- sostienen el monólogo cientificista, imposibilitando desde su negación al diálogo, en la mayoría de casos la re-estructuración identitaria, siempre que ésta se salga del angosto sendero del protocolo tutelar impuesto. Palabras no dichas, palabras negadas, palabras silenciadas, subjetividades y saberes velados por los procesos denominados como terapéuticos y por la incrustación en los sujetos de una lógica en tanto paciente. Hablo de procesos a través de los cuales se nos entroniza como individuos sufrientes en una doble realidad de paciente y de enfermo mental y se asfixian nuestras posibilidades de ser o de estar fuera de esa identidad enferma (Goffman, 1989). De forma que como en las lógicas manicomiales de las antiguas (aunque vigentes) instituciones totales hasta el ocio acaba siendo protocolizado.

¿Puede pensarse que un grupo de personas con problemas de salud mental, por el mismo hecho de tener esos problemas, tienen el mismo tipo de interés en relación al ocio? Es decir, ¿un colectivo de personas con problemas de este tipo, tienen necesariamente los mismos intereses de ocio? Obviamente no tienen los mismos intereses. El colectivo de personas con problemas de salud mental no es diferente de otro colectivo, es decir, con tantas diferencias como personas y por tanto deseos y voluntades. Desgraciadamente, se considera a las personas de nuestro colectivo: como personas cuya vida, al girar ésta alrededor de una enfermedad, ha de girar en torno a una terapia, que transforma toda actividad en parte de dicha terapia y desvirtúa toda opinión o decisión del afectado al presuponerle una incapacidad para elegir lo mejor para sí mismo.

Por su parte estos profesionales de la salud que se disfrazan bajo una capa de distante seriedad (el protocolo deontológico obliga, dicen) y que aunque deben arreglar la vida de cada paciente, muchos no son capaces de manejar la lavadora, esconden bajo una pulcritud y un orden del todo impostados, quién sabe que perversas mezquindades; dicho de otra forma, quien se esconde tras una máscara de fría pulcritud, suele esconder oscuras intenciones. Así veo a los protocolos y a

aquellos que los siguen a rajatabla. Estas creaciones de la ciencia *Psi* y su presunta democracia, no dejan de ser un mecanismo que si ayuda a alguien es al profesional, porque le permite juzgar sin ser juzgado, sentenciar desde la privilegiada posición de quien tiene el poder y el conocimiento de lo socialmente establecido. En otras palabras, ¿qué pasa cuando el profesional no se sitúa o se ha situado nunca en el otro lado? Salvo en algunas excepciones, porque siempre las hay, el resultado es un mal profesional, simplemente, porque es incapaz de empatizar con sus pacientes. Estar al otro lado, aunque sea de forma simbólica, siempre ayuda. Como dice un buen amigo: huye de aquel que se considere totalmente cuerdo, porque suelen ser muy peligrosos. De esta forma, el llamado acompañamiento terapéutico acaba siendo una instancia clínica y ética del pastoreo. Me refiero al pastoreo, a pastorear, con el ánimo de ridiculizar la palabra acompañamiento. Acompañar para mí sería aquello a lo que se refería Albert Camus <<*No camines detrás de mí, puedo no guiarte. No andes delante de mí, puedo no seguirte. Simplemente camina a mi lado y sé mi amigo.*>> (Camus, 2005), pero si uno se pasa por la mayoría de servicios de salud mental acaba siendo una palabra cargada de todo un campo semántico que concierne al paternalismo, a la caridad, a pasear al rebaño, a volver a los locos dóciles, a una especie de mansedumbre en la servidumbre.

Los locos siguen siendo apartados, expulsados, desterrados, segregados de la comunidad por su somera insistencia en salirse del discurso oficial. Como si este fuera un pecado moral, como en tiempos de Pinel, el loco sigue siendo doble víctima de su biografía y del sistema sanitario, porque por mucho que hayan evolucionado los términos y conceptos que definen y describen el sufrimiento mental, las normas y las relaciones verticales que rigen las nuevas instituciones siguen siendo muy similares a las del siglo XIX. Además si German Berrios está en lo cierto: <<*A través de la historia, todos los tratamientos propuestos en psiquiatría parecen funcionar según la ley de los tercios de Black, (un tercio se recupera, un tercio se recupera parcialmente y otro no se recupera, un buen porcentaje del 66% en tasa de recuperación –lo mismo que conseguimos hoy en día) y aún hoy sabemos poco de la naturaleza y del papel del efecto placebo en estos resultados*>> (Berrios, 2013), nos hallamos con la posibilidad de que algo tan antiguo como la comprensión y el vínculo humano, la capacidad colectiva de trabajar en pos de un objetivo sea una de las claves de la recuperación de las personas afectadas por problemas de salud mental frente al marco ideológico actual, donde la persona es reducida a un mero objeto de estudio y cuidado, deshistorizada, suprimida su capacidad para decidir e intervenir en aquello que forma parte de su vida y ha de ayudar a la construcción de su identidad, en la que el individuo queda deslegitimado para pensar y actuar, fosilizado socialmente, castrado psíquica, química y simbólicamente.

No es de recibo que perduren lógicas del psiquiátrico como la idea de seguir considerándonos a las personas diagnosticadas como los enfermitos a quienes hay que asistir permanentemente. Las personas diagnosticadas sí que necesitamos ayudas, pero también necesitamos que nos pregunten si las necesitamos, y

cómo y cuándo la necesitamos y que tipo de ayuda necesitamos. Necesitamos que cuenten con nosotros a la hora de construir las políticas y las prácticas relativas a nuestras necesidades. A mi entender en esta corriente imperante y biomédica, que en su esfuerzo por reducir el alma humana a un “algo” racional y medible, parece haber olvidado que es imposible crear una ecuación que defina al ser humano sin que el resultado sea infinito, pone de esta forma en peligro a la humanidad frente a su patologización generalizada, transformando su identidad social en una identidad globalmente enferma. Parece que el énfasis excesivo en la dimensión farmacológica de los tratamientos y a pesar de que en muchos casos está probada su eficacia sedante, está focalizando el problema en el cerebro, cuando la mente no deja de ser una estructura construida desde la palabra viva, pues es gracias a ella que significamos y comprendemos, asimilamos, construimos, compartimos, crecemos, etc.

Sería necesario que la palabra primara en su narrativa por sobre su interpretación en tanto síntoma y que la empatía fuera una herramienta con la que se acercaran posturas y no se levantaran muros.

Máxime cuando recientes estudios demuestran cómo, en un 85% de los casos, un antidepresivo es igual de efectivo que un placebo (Whitaker, 2010); claro que el placebo no provoca disforia tardía; y que los más modernos y caros neurolépticos son igual de efectivos que un antipsicótico de primera generación (Kendall, 2011); pero que donde realmente se cura a los pacientes es con modelos comunitarios o de espíritu similar a las casas de Soteria, voz que viene del griego “rescate” (Mosher, 1995); que la gran industria farmacéutica manipula y falsea resultados e investigaciones; que en el tercer mundo, donde carecen de los recursos del todopoderoso occidente, dos tercios de las personas afectadas por una psicosis logran superar este trastorno mental frente al tercio que lo supera en nuestra civilización (Read, 2006), donde los problemas que afectan a la salud mental de los ciudadanos amenazan con convertirse en la pandemia del siglo XXI (O.M.S. 2007). Ante este panorama, quizás, todos debemos hacer una reflexión conjunta sobre la necesidad de un cambio de paradigma. Y cuando digo todos, me estoy refiriendo a todos los agentes que estamos en esta entelequia llamada salud mental, que poca gente sabe definir, pero que a todos los afectados nos remite a un sistema que parece ser más productor de enfermedad que generador de salud.

RADIO NIKOSIA, MIRADAS LATERALES AL REDEDOR DE LA LOCURA.

Radio Nikosia, que fue la primera radio española en importar la idea fundacional de Radio La Colifata -en palabras de Alfredo Olivera, director de dicha emisora- *Crear lecho para que fluya el río* o lo que sería lo mismo crear un marco desde el cual la persona pueda encontrar espacios para el decir, para estar, para ser más allá de lo que dicta su diagnóstico, y pueda, al mismo tiempo, transmitir o canalizar todo aquello que tradicionalmente se le ha sido negado. En esta meseta nikosiana, es posible revalorar al Otro social. Nikosia que había surgido

tanto de la necesidad de los locos por decir, como por la necesidad de algunos profesionales por abrir nuevas vías de expresión fuera de los escenarios clínicos habituales, allí donde otra relación con los afectados fuera posible, encontré un grupo cuya motivación era poder expresar en un medio de comunicación aquellas opiniones personales y/o colectivas que no se encontraban eco en el resto de medios. Su finalidad era dar una visión naturalizadora de la locura, de su sufrimiento y de sus goces, de sus inocencias y de sus perversiones. Más allá de considerar normal aquello que decían y/o hacían preferían considerarlo como algo natural, en el sentido de que es parte de lo humano, de los dolores humanos. Naturalizar no significaba pasar de ello, al contrario, tiene que ver con un acto de no segregación, entenderlo como parte de la naturaleza humana, una naturaleza que merece ser cuidada en ocasiones y que necesita que le pregunten si quiere o necesita esos cuidados, huyendo además de conceptos excluyentes como lo considerado “normal” -que es aquello que consigue transformar lo diferente en patológico.

A partir del 2008 y de la consolidación de la Asociación socio-cultural Radio Nikosia -cuyos estatutos fueron firmados por 45 personas, 40 de las cuales teníamos algún tipo de etiqueta psiquiátrica-, nos establecimos como una entidad multidisciplinar que busca trabajar la salud desde ámbitos comunitarios y culturales, a partir de prácticas y dinámicas de participación permanente en la comunidad. Nuestra misión u objetivos principales se centraron en la necesidad de generar instancias para la resocialización, el restablecimiento de las redes sociales de los afectados, así como la recuperación de un rol activo, con sentido, dentro de la comunidad y sus dinámicas. Al mismo tiempo, la tarea se centra en una labor conjunta para, con, y hacia la sociedad, ante la necesidad de la deconstrucción del estigma en tanto generador de un tipo de sufrimiento que suele denominarse, social. La asociación Nikosiana sería una entidad cultural y social que se mueve entre ambos campos, de eso se trata. La salud es un tema que puede tratarse también en la plaza pública, en el mercado, en el corazón de la ciudad. Después de varios años colaborando y reflexionando horizontal y grupalmente entre todos nos fortalecimos con lecturas, recomendaciones, correcciones, argumentaciones, etc. Como si todo el colectivo se hubiera hecho más cargo de Nikosia, terminamos de apropiarnos de Nikosia como espacio justamente propio. Es desde entonces que muchos aprendimos por ejemplo que de enfermedad mental sólo hablan los mass media, que ni siquiera la misma psiquiatría refería dicho término ante la inexistencia de evidencias científicas. Es por eso que: por la inconsistencia de la psiquiatría como disciplina y su incapacidad para solucionar los sufrimientos que suelen surgir del contacto del individuo con su entorno, su habilidad para diagnosticar y su incapacidad para curar, su funcionamiento cada vez más protocolizado preferimos en nuestra mayoría utilizar tanto la palabras locura como la de loco o loca para definir una problemática que tiene que ver con el lugar que ocupa el otro para nosotros y el lugar que ocupamos para el Otro social imperante. Por tanto tendría que ver con el lugar donde hemos sido ubicados socialmente aquellos que hemos sido rechazados por nuestras diferen-

cias en la manera de sentir o interpretar la realidad estructurada en el discurso oficial. Hasta los nuevos hallazgos científicos están demostrando que la realidad que percibimos es mucho más producto de una construcción que realizamos en nuestro cerebro que de algo exterior que cuente con propiedades sólidas y comprobables; cómo lo que llamamos verdad no es más que un conjunto de convenciones colectivamente acordadas y mantenidas, y cómo todo intento de encontrar fundamentos inmutables en nuestro mundo resulta vano (Mora, 2011). Es en este marco en el que Radio Nikosia resulta una instancia de posibilidades que se reproducen e interconectan entre sí en los diferentes espacios donde se alza la voz de sus miembros.

De esta forma la radio funcionó como una suerte de altavoz para la palabra tradicionalmente velada. La idea era que fuese un espacio propio para así darle forma a ese intento de hablar de la locura desde la voz que la sufre. Siempre decimos que radio Nikosia increpa a la locura, la cuestiona, se refugia en ella, la expulsa, la redefine, la ubica en el lugar de lo “*normal*”, la abraza, convive con ella y sus vaivenes, la padece. Somos personas que buscan comunicar y comunicarse como una estrategia en pos de de-construir las bases del propio sufrimiento.

Según explica Martín Correa-Urquiza en su tesis:

“Puesto que el sufrimiento alrededor de lo que llamamos locura es, en una de sus medidas, resultado de cierto tipo de interacciones que se establecen o que pueden establecerse con un contexto hostil a la diferencia que implica esa locura, si modificamos y generamos un otro contexto con otras opciones posiblemente se desencadenaran una otra clase de fenómenos y una otra clase de relación entre el afectado y el entorno y entre el afectado y sí mismo” (Correa, 2010).

He podido salir del papel que se me había asignado socialmente -como enfermo mental- y he asumido nuevos roles, con nuevos significantes poseedores de una carga simbólica diferente, como son el de redactor, locutor, productor, escritor, pintor, conferenciante, etc. De esta forma, una vez abandonada la identidad diagnóstica que me fosilizaba en cierto modo, he podido llegar a otras posibilidades de pensarme como individuo, desprendiéndome por el camino de ideas que lastraban mi funcionamiento respecto al otro. Por decirlo de alguna forma al pensarme como otros, he podido incluir a muchos otros en mi vida y esos otros me han ido incluyendo en las suyas.

A día de hoy sigo delirando (a pesar de la medicación que tomo periódicamente y que se ha reducido un 90% desde que entre en la radio) pero al evolucionar mi forma de pensar y por tanto de relacionarme con el mundo y con el Otro ha cambiado mi forma de pensar y relacionarme con mi locura. Almudena (mi mujer) ocupa en este apartado un papel importantísimo, como imagino ocupó yo en su vida, ya que es mi nuevo sustento, mi nueva muleta, es la ventana que me abre hacia los demás y que me recuerda a diario (como en un Expediente X muy particular) que la verdad está allí afuera. El amor y sus rutinas, a pesar de la locura, son las mejores medicinas. Junto a ella, la literatura forma parte indisoluble de mi día a día, ayudándome a espantar los fantasmas, después de bucear en mi imaginario en busca del germen de una buena historia. Todo el trabajo, todo

el esfuerzo realizado durante mi juventud se han convertido en la base de mi corpus de escritor, una base firme, bien cimentada por años de lecturas, donde construyo cada día mi futuro desde la tranquilidad que supone que al acabar ese Otro amigo juzgará mi esfuerzo y mi inspiración. La fantasía de los relatos, no sólo huye de cualquier categoría diagnóstica, sino que desde el delirio que supone en sí misma me ayuda a comprender y a soportar nuevamente mi vida, dando respuestas a los enigmas que ella misma plantea en su estructura. Aquella donde lo sutil, lo etéreo, lo vaporoso recobra la importancia que en la fugacidad del día al día, cuando uno se ve apremiado por la urgencia, no siempre es capaz de identificar.

REFERENCIAS

- Berrios, G.E. (2013). Sobre la medicina basada en la evidencia. Descargado de <http://www.psicoevidencias.es/Novedades/Editorial/editorial-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia.html>
- Camus, A. (2005). El hombre rebelde. Barcelona: Alianza Editorial.
- Correa, M. (2010). Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura). Tesis doctoral: Universitat Rovira i Virgili.
- Desviat, M. (2001). Ética y psiquiatría. Interpsiquis. Disponible en. http://www.psiquiatria.com/imprimir_at?2670>
- Foucault, M. (1979). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
- 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.
- Martínez Hernández, A. (1998). Has visto llorar a un cerezo. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Mora, F. (2011). El dios de cada uno. Barcelona: Alianza Editorial, Barcelona.
- Mosher, L.R. (1995). The Soteria project: the first generation American alternatives to psychiatric hospitalisation. En R. Warner (ed). Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment (pp. 112-125). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007 - protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra: OMS.
- Kendall, T. (2011). The rise and fall of the atypical antipsychotics. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 266-268.
- Read, J. (2012). *El sentido de la locura. La exploración del significado de la esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Read, J., Mosher, L.R. y Bentall, R. (2006). Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia. Herder, Barcelona.

- Waxler, N.C. (1979). Is Outcome for Schizophrenia Better in Nonindustrial Societies?: The Case of Sri Lanka. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 167, 144-158.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Nueva York: Crown Publishing