MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA LA DECONSTRUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO

Laura Martín López-Andrade

Psiquiatra. Coordinadora del Centro de Intervención Comunitaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Directora de la Escuela de Salud Mental de la AEN. Presidenta de la Asociación La Revolución Delirante.

Contacto:
lauramartinla@gmail.com

Léase antes de comenzar

La práctica clínica, tal y como la conocimos, está agonizando. Difícilmente se sostiene dentro de los Servicios de Salud Mental, pues se ve reducida a identificar trastornos y aplicar el correspondiente tratamiento. Ya no interesan la escucha o la indagación sobre el sentido de los síntomas, sino que los esfuerzos se dirigen a reducirlos y hacerlos desaparecer. Por si fuera poco, estas prácticas suelen ir seguidas de un complejo itinerario de recursos que, en lugar de ser un

estribadero que calme el malestar, se está convirtiendo en una gruesa y compleja red de la que resulta difícil salir.

A las consultas, centros y unidades ya no acuden sujetos. Llegan *enfermos* para ser ubicados en el sistema. Sufran del malestar más cotidiano o lidien con la locura, nuestra respuesta pasa por el protocolo, el diagnóstico y la derivación, aunque bien es cierto que el psicótico corre, en este infernal recorrido, la peor suerte.

Tiene entre sus manos un anacrónico *Manual de instrucciones*. Una reedición del que utilizaron aquellos que creían que el papel de la salud mental era liberar, no encerrar, a todo el que podía concebir el mundo de un modo diferente. Sirvió, en su momento, para derribar barreras arquitectónicas e instalar servicios públicos que atendieran el malestar desde una perspectiva comunitaria. Pero aquella hoja de ruta descuidaba la retaguardia. Allí, camuflado y estratégicamente situado, aguardaba el cientificismo esperando el momento de actuar.

Las milicias de la *evidencia* han conquistado, en los últimos años, gran parte del terreno asistencial. Enfundados en batas blancas y luciendo medallas al saber, se han ganado el respeto de la opinión pública y la colaboración de gobiernos e industria farmacéutica. Su avance ahora es, si cabe, más firme. Parece incontenible. Cada paso queda apuntalado por el estratega invencible de la Psiquiatría, el dispositivo.

Los dispositivos en salud mental tienen su propio libro de instrucciones. En él se leen una a una las pericias de las prácticas psiquiátricas que Michel Foucault identificó en *El poder psiquiátrico*. Se resumen en cinco: que se imponga el saber psiquiátrico a cualquier otro, que el lenguaje profesional cumpla una función organizadora, que el dispositivo ordene las necesidades del paciente, que éste asuma el papel de estar loco, y, por último, que se elimine cualquier posibilidad

de satisfacción de estar loco. Si lo pensamos, podemos reconocerlas en la mayor parte de nuestros lugares de trabajo.

Como este texto intenta resumir los pasos para deconstruir un dispositivo, antes deberíamos analizar las estrategias del poder psiquiátrico, pues son de las que se vale la psiquiatría para ponerlo en marcha. Siguiendo con los argumentos de Foucault, para conformar un dispositivo, en primer lugar, debe organizarse una disimetría disciplinaria. Es decir, conseguir que la palabra del médico siempre prevalezca. Palabra que se extenderá, aunque a otro nivel, a la del psicólogo o la de cualquiera que pueda añadir «especialista en salud mental» a su profesión. Con esto, se consigue un estado de docilidad y sumisión de las personas tratadas, evitando cualquier afirmación de la omnipotencia intrínseca de la locura.

En segundo lugar, se debe conseguir que todo el personal traslade el uso del lenguaje a un modo imperativo. Despreciar la cualidad dialéctica de la palabra y fomentar su capacidad de imposición. Así, términos como «norma», «ingreso», «alta», «horario», «criterio de exclusión», «itinerario», «derivación» o «protocolo», servirán para organizar el dispositivo a la vez que se *ordena* la situación del paciente.

En tercer lugar, se establecerá un escrupuloso modo de ordenar las necesidades de los pacientes. Controlar desde los cuidados médicos a la organización económica o residencial. Como podemos comprobar, la red de salud mental se ocupa del tratamiento –ambulatorio u hospitalario–, decide sobre la capacidad civil de las personas y, además, dispone los medios para acceder a una vivienda o un apoyo económico a través de ese arma de doble filo que es la «dependencia».

En cuarto lugar, se trabajará para que el loco asuma una identidad estatutaria. Los pacientes deben creer en su enfermedad más aún que

los propios profesionales. Es el único modo de sostener la *verdad* de la Psiquiatría. Medios de comunicación, expertos, industria farmacéutica y, por encima de todo, programas de psicoeducación contribuyen a que no quede suelto este cabo. Educar en la enfermedad a pacientes y familias es el golpe maestro para que los individuos configuren un colectivo dócil y sirviente al saber psiquiátrico.

Por último, se dará una última vuelta de tuerca. Freud nos recordaba que «los delirantes aman a su delirio tanto como se aman a ellos mismos», por lo que las prácticas deberán insistir en acabar con cualquier posibilidad de placer de la locura. Los psicofármacos, cuyas dosis, efectos y asociaciones, como nos dijo un paciente «te quitan los síntomas pero también las ganas de vivir» y los consejos o terapias que, «te llevan a creer que lo que tu pienses o decidas es patológico a no ser que el psicólogo te diga lo contrario» encuentran es este cometido su función principal.

Como podemos comprobar, el dispositivo no se entiende como a un lugar físico. Consiste en algo mucho más complejo. Es, como nos decía Foucault, la red que se tiende entre distintos elementos –que van desde los discursos, las leyes o instituciones hasta las propias prácticas– y que resulta del entrecruzamiento estratégico de relaciones de poder y saber.

Pues bien, las instrucciones que tiene usted entre sus manos pueden servir de guía para deshacer un dispositivo. Se debe recortar por la línea de puntos de las prácticas que lo definen. Advertimos, desde esta introducción que, de seguir leyendo, existe la posibilidad de deconstruirlo,

con el consiguiente riesgo de trabajar en un lugar en el que se cuestione el propio saber del lector.

Paso número uno. Asumir las contradicciones

Lo primero que necesitamos en nuestra tarea de desarmar los dispositivos es abrir la caja de las contradicciones. No para rebatirlas. Para asumirlas una a una. Como profesionales de la salud mental, no podemos pretender convertirnos de una *verdad* a otra. Ese es el primer golpe que debemos encajar. El dispositivo se cimienta sobre la posición de saber del profesional, luego será igualmente sólido si ese conocimiento es biologicista o psicoanalítico, por citar dos de las posiciones más enfrentadas. La gran contradicción está en que aunque, por un lado, debemos estar comprometidos con el conocimiento, por otro, nuestra responsabilidad es desaprender de continuo. Como veremos más adelante, en nuestro esfuerzo por desdibujar el poder que ejercemos sobre los pacientes resultará decisivo aceptar nuestra ignorancia respecto a su malestar.

Este argumento cobra peso cuando pensamos en la propia contradicción de la Psiquiatría como disciplina. Desde su inauguración se reafirma en la causalidad orgánica de los trastornos de los que se ocupa pero, en cuanto localiza el fallo en el cuerpo, deja la enfermedad en manos de la Neurología. Tal es el caso de la demencia o la epilepsia. Por si fuera poco, en los últimos tiempos las directrices de la Psiquiatría vienen fijadas mediante un manual *ateórico* paradójicamente redactado desde una perspectiva biologicista y cognitivo-conductual. Sus criterios organizan desde las prácticas clínicas –unidades específicas, concepto de cronicidad, diagnósticos que dependen de la necesidad de hospitalización– al discurso social –el ya clásico «la enfermedad mental es como la diabetes»–. Esto también nos lleva a pensar que la Psiquiatría, aun defendiéndose contra viento y marea como una especialidad médica más, es la única

que trata a sus pacientes para que nunca puedan dejar de ser tratados. Nunca nos dirigimos a una curación, pero aún así somos como los demás médicos. Curioso asunto.

La llamada psiquiatría comunitaria tampoco está exenta de contradicción. Primero, porque en muchos lugares ha sido entendida literalmente. Se ha reducido a llevar la psiquiatría al entorno del paciente. Tal es el caso de las visitas para comprobar cómo tiene la persona su casa o dispensarle allí medicación. Eso no es psiquiatría comunitaria. Es psiquiatría hospitalaria en la comunidad, es trasladar la institución a los domicilios. Segundo, porque los Centros de Salud Mental, eje de la atención sobre el territorio, se encuentran colapsados. Atienden al que más demanda, no al que más precisa la atención. Las múltiples variantes de ansiedad y depresión saturan las consultas de médicos de primaria y especialistas restando recursos a aquellos para los que se ideó el modelo comunitario, los psicóticos. Por ello, el acercamiento a la locura desde la salud mental ha quedado abocado, en líneas generales, a una ruptura. Por un lado, queda la asistencia sanitaria, que se reduce a la consulta psiquiátrica cada cierto tiempo, la inyección regular y la hospitalización. Por otro, está la atención social. Vivienda, ocio, acompañamiento y ocupación que vienen determinados por el diagnóstico e indicados por los sanitarios. La tergiversación sobre la psiquiatría comunitaria es, de este modo, absoluta. En lugar de organizarse una asistencia global en función de la vida cotidiana de cada psicótico, se ofrecen distintas formas de tratamiento. Tratamientos que, sean sanitarios o sociales, siempre van dirigidos a la rectificación de la realidad de cada individuo.

Esta es la psiquiatría comunitaria con la que lidiamos hoy en día. Una atención bifurcada que se dirige a la *normalización* de los *enfermos*. Por eso, los que aún creemos en que debería consistir en el acercamiento de los servicios a las realidades de cada individuo, vivimos en una contradicción. Por un lado, nos preguntamos si puede

ser comunitario un modo de *tratamiento* pero, por otro, participamos igualmente del sistema.

Al final, los argumentos pueden aplastarnos. Formamos parte de la *red* y, como los psicóticos, no podemos salir de ella. Sólo podemos aspirar a ser testigos críticos de esta realidad. Deconstruir un dispositivo comienza por ser uno de ellos para intentar destruirlo desde dentro a la vez que luchamos contra el orden del poder que sostiene al resto. En pocas palabras, se trata de crear un lugar en la red para que la gente pueda salir de ella. Ese debe ser nuestro contraproyecto.

Paso número dos. Pasar de un modelo basado en la enfermedad a uno basado en la necesidad

Si su dispositivo va dirigido al tratamiento de aquellos cuyo padecer se ha dado por llamar «Trastorno Mental Grave y Prolongado» este punto es especialmente importante. Es la locura, como ya anunciábamos antes, el objetivo fundamental del dispositivo.

La Psiquiatría, si lo pensamos, consiste en trasformar a una persona, que hasta entonces era un ciudadano, en enfermo mental. Esto se lleva a cabo a través de una sofisticada tarea. Primero, crea entre ambos una cadena invisible pero de extremada dureza, el diagnóstico. Luego la remacha, para que quede firme, con la minusvalía, la adherencia al tratamiento, la conciencia de enfermedad, la incapacidad civil o la causalidad biológica. Si se tensa demasiado, se hace más larga. Se van añadiendo eslabones para que siga sujetando y, a la vez, aumente el margen de movimiento de la persona. Se engarzan la autonomía personal, la rehabilitación, la dependencia, lo biopsicosocial y, en los últimos años, la recuperación, consiguiendo engañar al preso haciéndole creer que el patio es la libertad.

Para salir de este círculo infernal basta comenzar por cambiar los parámetros con los que trabajamos. Pasar de un modelo basado en la enfermedad a uno basado en la necesidad. Es decir, en lugar de poner el foco en los supuestos problemas, dificultades o carencias que hemos detectado desde nuestra posición de profesionales, dirigir nuestros esfuerzos a que la persona indague en sus necesidades, ya sean más inmediatas o diferidas.

Comenzar por un sencillo «¿qué necesitas?» tanto a la persona que atendemos como a su familia, y hacer de la respuesta nuestra línea de salida, supone un giro de ciento ochenta grados al modo de pensar nuestra función en la clínica. Se parte de una demanda, de un lugar en el que pensar cómo saltar los obstáculos que entorpecen la vida y respetar las estrategias que parecen servir en el día a día.

Si lo pensamos, las cosas que precisan los psicóticos para vivir no difieren en gran medida de las que nosotros nos podemos representar. Lenguaje y deseo son las dos herramientas que utilizamos para sostenernos y precisamente en sus límites se sitúan los conflictos de la locura. Allí donde el lenguaje no llega se conforma el delirio y donde fracasa el deseo se instala la melancolía. Por eso, aunque en los protocolos de derivación o notas de ingreso veamos una serie de «objetivos» a trabajar, no debemos olvidar que en ellos está la intención y mirada del profesional, no las necesidades subjetivas de las personas.

> *Ejemplo a. Varón de 23 años, soltero. Vive con sus padres. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Lleva más de seis meses sin salir de casa. Pasa la mayor tiempo encamado. Presenta un delirio poco estructurado de contenido persecutorio y mesiánico. Toma correctamente la medicación pero consume regularmente alcohol y cannabis. Derivado para mejorar la sintomatología positiva y negativa y facilitar la inclusión social.*

Opción 1. Modelo basado en la enfermedad. Estructurar un programa específico para esquizofrenia: psicoeducación, habilidades sociales, programas de ocio y tiempo libre. Marcar un horario que facilite salir de casa. Ajustar tratamiento y comenzar terapia psicológica.
Opción 2. Modelo basado en la necesidad. Expresa la necesidad de «tener ilusión por algo». La familia, de «saber qué le pasa».

Cuando preguntamos por las necesidades, los objetivos varían considerablemente. Son más cotidianos pero también más complejos, pues tienen que ver con la subjetividad de cada uno. Exigen más tiempo, paciencia y dedicación. Requieren de una escucha y un conocimiento de la persona y su familia que, sin darnos cuenta, se vería seriamente dificultada si ya creyéramos saber de antemano lo que pasa. De este modo, que los pasos que demos como equipo pasen siempre por disponerse a escuchar y respetar lo que en esa demanda se plantea, se traduce inmediatamente en ponernos a su disposición. Trabajar para él, no para la red. Proporcionarle un lugar en el que pueda hablar y desear.

Ahora bien, este segundo paso de nuestras instrucciones no estaría completo si la organización del trabajo no se realiza en base a esas necesidades. Nos alejaremos de horarios rígidos o talleres obligatorios, que tiranizan al profesional a unas serie de actividades y conllevan el cuestionamiento del paciente en caso de no acudir. En lugar de eso, nos inclinaremos por fomentar espacios libres y voluntarios, al que las personas sólo asistirán si lo desean y en el que no se exijan explicaciones. Promocionaremos la espontaneidad de los profesionales, facilitando, en la medida de lo posible, que surjan las cosas en lugar de programarlas. Para ello, es necesario un equipo creativo, flexible y bien formado. Que pueda improvisar y tomar decisiones para desdibujar, día a día, los límites que se establecen

entre la red en la que trabaja y la verdadera comunidad, que es aquella en la que no debemos estar presentes.

Paso número tres. Trabajar con una teoría que respete al sujeto

La única forma de acercarnos a las necesidades subjetivas de las personas es mediante un modelo teórico que cumpla una triple función. La primera, que sirva de sustento al malestar psíquico y, a la vez, lo respete. Es decir, que se aleje de explicaciones cerradas y causalidades biológicas que nada dicen sobre la persona ni las condiciones de su sufrimiento. Un modelo que valore a la persona desde su complejidad y su historia. La segunda, que evite que trabajemos desde el *sentido común*, en referencia a la simple ocurrencia o las preferencias personales. Pues en la clínica no todo vale. Debemos saber por qué hacemos lo que hacemos. La mejor forma de acercarse al *sentido único* de cada persona es esquivando cualquier tentación de dar consejos o ponerse a sí mismo como ejemplo. Por último, una teoría que respete al sujeto es aquella que acaba por llevarnos a la conclusión de que sabemos poco. Formándonos, demostramos el merecido respeto a cualquiera que, muchas veces en contra de su voluntad, se nos presenta para que intervengamos. Pero ese camino de aprendizaje no debe perseguir la *verdad* sobre nadie. No valen las fórmulas, cuestionarios o itinerarios, solo la disposición, sutileza y el respeto por la locura. Un buen modelo teórico es el que nos lleva a esa conclusión.

Así las cosas, no podemos sino trabajar por un conformar equipos preocupados por la psicopatología. Curiosos de un saber clínico serio y riguroso que entienda el síntoma no como algo a tratar o eliminar, sino como una estrategia del individuo ante una herida mucho más profunda. Desgarramiento que, llegado el caso, será verdaderamente el objeto de nuestro trabajo. Algo similar a la consideración del síntoma como defensa, ocurre con el concepto de crisis. La crisis no debe ser

entendida como una amenaza a evitar, poniendo cuanto antes medidas preventivas, sino como un *cambio* que porta un significado para el sujeto.

Ya anunciaba Freud que adoptar una u otra posición separa en dos mitades inconciliables a la psiquiatría. Talando el síntoma y renunciando a la crisis se sostienen los muros del dispositivo; entendiéndolos como parte de la experiencia del sujeto y preguntándonos el porqué y para qué, los hacemos más débiles y franqueables.

> *Ejemplo b. Mujer de 49 años con larga trayectoria en distintas dependencias de la red. Vive sola. Diagnosticada de Esquizofrenia paranoide, Trastorno esquizoafectivo, Depresión psicótica y Trastorno bipolar con síntomas psicóticos. Múltiples ingresos al año. Consumo esporádico de alcohol y cannabis. Inestable clínicamente desde hace dos semanas, con ideas de persecución, insomnio y alteraciones de conducta. Mala relación familiar. Ante esta crisis, caben dos opciones.*
> *Opción 1. Se trata de una descompensación de la patología de base. Dirigir el trabajo a controlar la crisis farmacológicamente, incluso mediante la hospitalización.*
> *Opción 2. Sabemos que establece relaciones muy parciales con los demás, que se debaten entre la dependencia y la hostilidad. Se angustia ante situaciones en su vida en las que aparece la amenaza del abandono. Esta angustia es la que le lleva al consumo. El consumo, a gastar todo el dinero, y, esto último, sentirme más angustiada. Cuando la angustia es muy intensa vive de forma autorreferente el acercamiento de los que teme que la abandonen, consiguiendo alejarse de ellos en una estrategia para evitarlo. Recientemente, pidió dinero a su madre y ello derivó en una discusión familiar. Reforzamos la presencia del equipo, invitándola tomar café y pasear por su barrio,*

llamándola y animándole a narrar lo que ha pasado. Ajustamos temporalmente el tratamiento nocturno para facilitar el sueño. Convocamos una reunión familiar para tratar el problema. Continuamos con tales reuniones una vez solventada la crisis.

Algunos denominamos subjetivismo crítico a esta posición asistencial, pues reúne el respeto por la psicopatología y fenomenología con el compromiso con una atención comunitaria y emancipadora. Realmente se resume en recuperar al sujeto en la práctica clínica o, dicho de otro modo, legitimar la locura como experiencia a la vez que se tienen las herramientas para asistirla.

Paso número cuatro. Atender a las prácticas no discursivas

Todo dispositivo se construye en base a unas prácticas, que se diferencian en discursivas y no discursivas. Las prácticas no discursivas tiene que ver con las relaciones de poder que sostienen el dispositivo y se reflejan, fundamentalmente, en la jerarquía y la organización estamental de los profesionales.

Los estamentos constituyen grupos de identidad que se diferencian del resto por tener distintas consideraciones jerárquicas. Hoy en día se habla de «funciones» para diferenciar la tarea del enfermero, el monitor, el psicólogo o el auxiliar de enfermería, pero no se trata más que de un eufemismo. Una forma de disfrazar que unos están por encima de otros respecto a un saber. El saber del psiquiatra sobre el del psicólogo, el de éstos sobre el del terapeuta ocupacional y enfermero y, el de éste, sobre el del auxiliar de enfermería, por poner algunos ejemplos en la rama sanitaria. Debajo de esa gran pirámide está el paciente, que asiste, impávido, a las indicaciones de los todos los profesionales «en cumplimiento de sus funciones».

Esta forma de funcionamiento de los equipos está favorecida tanto por la Administración, que ve más sencillo ordenar según salarios y cualificación profesional, como por los propios profesionales, pues provee como decimos de una identidad, un lenguaje y una seguridad que se perderían fuera de los límites del estamento. «Las funciones de enfermería», «las competencias del psicólogo» o «la prescripción del psiquiatra» son paraguas bajo los que nos posicionamos porque sabemos –mas bien, creemos saber– del campo que nos corresponde. Pero escuchar «esa no es mi función» a un compañero hace pensar en lo frágil que es este modo de organización. Una distribución de personas que, a la postre, esquina al paciente en la pasividad de la enfermedad y la ignorancia respecto a sí mismo.

Por todo lo anterior, el que pretenda deconstruir un dispositivo con la ayuda de estas instrucciones debe armarse de valor y cambiar el sistema de funcionamiento de su equipo. No todo el mundo está en posición de reorganizar por completo su lugar de trabajo, lo sabemos, pero bien es cierto que cada uno es soberano de sus propias «funciones». Las relaciones de poder en salud mental empiezan a invertirse cuando los individuos que las establecen empiezan a cambiar su forma de trabajar, tanto con los compañeros como, por encima de todo, con las personas que atienden.

La forma de terminar con las prácticas no discursivas de un dispositivo requiere, según nuestra línea argumental, dos movimientos. El primero, conformar equipos sin corporativismos y con mínimas jerarquías y, el segundo, promocionar la disponibilidad como arma arrojadiza frente al saber profesional.

Crear un equipo sin jerarquías pone la meta en romper la asimetría con los pacientes. Podemos ser psiquiatras, monitores o trabajadores sociales, pero nuestro funcionamiento no debe regirse por el título académico que portamos, sino por lo que cada uno podemos aportar al

equipo y a cada persona que atendemos. Este cambio se reduce a *sustituir la categoría profesional por la capacidad personal* y parte de la idea de que cada vez que el equipo conoce por primera vez a alguien, cada miembro es exactamente igual de ignorante respecto a su malestar o necesidades, con independencia de su cualificación.

El contexto donde se puede conocer a alguien y acompañarle en el proceso de cambio es el *vínculo*. Para forjar un buen vínculo, que es aquel que permite ayudar y dar independencia al mismo tiempo, se necesita formación, pero también interés, creatividad, pasión y espontaneidad. Estas cualidades pueden trabajarse, pero no siempre aprenderse. La capacidad de establecer relaciones vinculares con los pacientes, que lleven realmente a su libertad, depende de las personas que conforman la relación. Del lado del profesional, esta cualidad no viene dada por la categoría profesional o la posición en una bolsa de trabajo, sino por sus conocimientos, dedicación y disponibilidad.

> *Ejemplo c. Organización de un centro de estancia media ambulatorio de carácter rehabilitador. Pacientes diagnosticados de «Trastorno Mental Grave» con sintomatología estable. Equipo: un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un enfermero y dos auxiliares de salud mental.*
>
> *Opción 1. Psiquiatra y psicólogo se ocupan de la atención en consultas. El primero, diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico. El segundo, evaluaciones y terapias psicológicas. El enfermero realiza varios talleres: hábitos de vida saludables, adherencia al tratamiento, control físico. Los auxiliares se ocupan del programa de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y asisten en los domicilios. El terapeuta ocupacional realiza talleres de psicomotricidad y arteterapia.*
>
> *Opción 2. Cada persona atendida tiene un referente en el equipo y un técnico supervisor. El referente se designa en función de*

sus características y las del paciente. Junto con el técnico, se ocupa de todos los pasos que se van dando en el proyecto de esa persona, desde la intervención familiar a la búsqueda de empleo. Se crean espacios y actividades según las preferencias de los pacientes, de los que se ocuparán los distintos miembros del equipo en función de sus conocimientos (el enfermero sabe tocar la guitarra y se ocupa de un taller de música, el terapeuta tiene conocimientos de arteterapia y organiza una actividad en un museo de la cuidad, el ajuste farmacológico lo realiza el psiquiatra). Dos reuniones diarias aseguran que toda la información sea compartida por el equipo, pudiendo todos trabajar con todos en la medida en que las personas lo precisen. Se suprime la posibilidad de utilizar expresiones como «mi paciente» o «mi función».

Un equipo de jerarquías mínimas es, además, un equipo disponible. Todos sus miembros están dispuestos a responder a las necesidades de las personas atendidas y a hacerlo, si fuera necesario, de forma improvisada. La atención inmediata, sea presencial o telefónica, del paciente y su familia debe estar asegurada, pues una de las estrategias fundamentales para que se destruya el dispositivo es alejar a las personas de la hospitalización. Muchas veces una situación que parece incontenible puede manejarse ambulatoriamente a través de la disponibilidad.

Además, esta actitud incluye estar dispuesto a hacer lo que necesiten las personas, allí donde sea preciso. En eso consiste la atención comunitaria, en acompañar en el camino de entrada a una sociedad que te ha expulsado temporalmente. Sin embargo, este acompañamiento no debe nunca confundirse con asistir o supervisar. Si vamos a ver a alguien a casa, porque allí parece sentirse más seguro, no vamos a ver cómo la tiene ni a comprobar que se ha tomado la medicación; tampoco ir al paro consiste en enseñar cómo se

solicita la cartilla de empleo. Son oportunidades para compartir espacios y realidades, para que la persona sienta que puede comenzar nuevas experiencias con alguien que sabe que confía en sus éxitos y apoyará sus fracasos.

Al final, las personas no pueden adaptarse a nuestros horarios, normas o modos de hacer. Ocurre algo similar a lo comentado sobre las funciones. La única función en nuestro trabajo es dejar que nos utilicen, pues es el modo de crear un lugar de encuentro diferente con el otro.

Ejemplo d. Varón de 28 años que vive con sus padres. Lleva dos sin salir de casa y el mismo tiempo sin acudir al Centro de Salud Mental. Diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Sin sintomatología delirante pero ritualización obsesiva muy presente. Se siente incapaz de salir y no sabe por qué.

Opción 1. Realizar cambio de medicación en el domicilio. Programar ingreso si no existe posibilidad de acudir al domicilio.

Opción 2. Realizar visitas a domicilio semanales. Primero, para establecer el vínculo. La ritualización ayudaba a mantener estabilizadas angustias paranoides y de abandono. A los pocos meses, se completan las visitas con intervenciones familiares en el domicilio. Se trabajan tanto la comunicación, para que la familia entienda el porqué del no salir, como el fuerte vínculo madre-hijo, promocionando la actividad de la madre fuera de casa. Al año, se intentan salidas al rellano, que él intenta cada día, consiguiéndolo en algunas ocasiones. Al año y medio él mismo solicita ingresar para intentar un cambio de situación. Se le propone pensarlo durante una semana. A la semana siguiente insiste en la idea y acude con su referente al hospital para realizar un ingreso voluntario programado. Tras éste, solicita apoyo para volver a la universidad, continuando las visitas con su referente, ya en el entorno de la Facultad.

Paso número cinco. Atender a las prácticas discursivas

Del mismo modo que las relaciones de poder, las prácticas que tienen que ver con el discurso configuran la estructura del dispositivo. Por eso, deconstruirlo pasará también por atender tanto a la relación que sus miembros establecen con el saber, como al lenguaje que en él se aplica.

En referencia al saber, ya hemos explicado que el trabajo se organizará en torno a las necesidades de las personas y, si es el caso, de sus familias. Esto significa que será la persona atendida quien dirija su proyecto y nosotros los que le acompañaremos. En resumidas cuentas, él sabe lo que le pasa y lo que necesita, aunque en el momento de encontrarnos no se tengan a mano las herramientas para acceder a ese conocimiento.

Es precisamente, el *vínculo* que antes comentábamos el espacio en se pueden construir nuevas experiencias y acceder, desde una nueva perspectiva, a la lectura de las ya pasadas. Un punto de vista diferente, más íntimo, que permita generar cambios en la percepción de uno mismo y del mundo, tantas veces amenazante y hostil. En ese camino, el sujeto irá construyendo un saber sobre sí mismo. Un saber que debe sustituir al nuestro.

Se irán conformando distintas preguntas. Desde el porqué de sus crisis –sus detonantes, circunstancias o consecuencias–, las condiciones de su vida actual –proyectos o falta de los mismos, ¿qué hago?– o las cuestiones en torno a la propia identidad –¿quién soy?, ¿qué soy?–. Todas deben ser contestadas por el propio sujeto, nunca por el profesional.

Esta inversión del saber ayuda a derrumbar el dispositivo y tiene un gran aliado, la escucha. El relato, cuando se lleva a cabo con un

profesional que, prudente, lo respeta, es la hilandera que va tejiendo el pasado con el presente, permitiendo construir un futuro diferente al del categórico *pronóstico*. Pues la palabra, aunque pueda representar el fracaso del psicótico, adquiere en la narrativa una cronología, se colorea de sentido y se transforma en un puente hacia otro.

Nuestro quehacer no pasa entonces por el consejo o la respuesta cerrada, sino por la configuración de un espacio para la creación de otro sentido del mundo. Un lugar menos solitario y amenazante, sin pretensión de cambiar a las personas. Un territorio donde la *diferencia* se aprecia como parte de la identidad y las dificultades se abordan fuera de la exigencia de la *normalización*. Donde no cabe la sentencia o la explicación cerrada. En definitiva, se trata de evitar creer qué necesitan las personas, lo que les conviene o cuál es el remedio de sus males para que ellas puedan resolver esos interrogantes a través de sus experiencias.

> *Ejemplo f. Varón de 27 años que vive con sus padres. Licenciado. En situación de desempleo. Diagnosticado de Trastorno bipolar desde los 21 años. Múltiples ingresos por «crisis maníacas» con consumo de alcohol y tóxicos. Periodos de fases depresivas con abandono de cualquier tipo de actividad y clinofilia. Actualmente en fase depresiva. Derivación a un dispositivo intermedio ambulatorio para adquirir conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, abandono de tóxicos y estabilidad clínica.*
>
> *Opción 1. Se prohíbe el consumo de tóxicos. Se comienza un programa específico de Trastorno bipolar, intensificando las actividades psicoeducativas tanto para él como para su familia.*
>
> *Opción 2. Sobre sus necesidades responde: «No sé… Levantarme… Trabajar». Sus padres: «Saber qué le pasa, que no beba y que no vuelva a subirse». Se establece un vínculo con él mediante varios encuentros que él iba decidiendo.*

Principalmente en su barrio. Se habla de su vida, de las cosas que le gustan y las que no. Se habla. En ningún momento se nombran los tóxicos. A lo largo de ese tiempo vemos la importancia que tiene para él la relación con su familia y las dificultades para comunicarse con ellos. Se comienzan reuniones semanales con él y sus padres. Comienza a poner carteles para clases particulares de su especialidad y consigue algunos alumnos.

Llegado el momento, le preguntamos qué hacer si vuelve a ponerse, como él denomina, «descontrolado». Dice que lo mejor es que convoquemos una reunión familiar. Sufre, desde entonces, tres crisis maníacas. Se reconocen desde el primer momento, dado lo estrecho del contacto con el equipo. No precisa ajuste farmacológico, sino visitas diarias, escucha y reuniones familiares. Toda esta experiencia sirve, tras varios meses, para que él llegue a la conclusión de que siempre se siente juzgado. Por sus padres, por los demás, por él mismo. Identifica las crisis como «intentos de expresarme y ponerme en marcha que se me van de las manos» y alienta a su madre a que, aunque no entienda nada de lo que dice cuando está «verborreico», le escuche. El esfuerzo de la madre fue determinante en la mejoría de su evolución. No volvió a ingresar. Los tóxicos se consumen muy esporádicamente y ya no detonan la clínica. «He encontrado hasta donde aguanto y desde donde dejo de ser yo.»

La sustitución del saber psiquiátrico por el subjetivo se resume en la citada fórmula «abandonar la búsqueda de *qué tiene* un paciente y ayudarle a indagar *qué le pasa*». No consiste en interpretarle, sino en facilitar la palabra. Trabajar desde Planes de Prevención de Crisis o eliminar prácticas regidas por protocolos y criterios de inclusión o

exclusión, son formas de evitar que el saber de la persona prevalezca sobre el del profesional.

No obstante, alejarse de las prácticas discursivas también debe considerar qué palabras utilizamos los profesionales. Cuidar el lenguaje con el que trabajamos es probablemente el paso más complicado de estas instrucciones. Hay que hilar muy fino para que lo que decimos o pensamos no actúe como soporte del dispositivo.

El lenguaje nos define y define nuestra realidad. Nacemos y nos incorporamos a un mundo hablado. La composición de la propia identidad o la configuración de las relaciones personales precisan de una solidez lingüística que, en ocasiones, falla en la locura. El psicótico se angustia porque se derrumba el sentido del mundo, que de pronto se presenta como extraño y amenazante. En esas circunstancias sólo puede echar mano del delirio, que actúa de salvavidas para poder explicarse las cosas.

En la clínica, la palabra puede tener un efecto balsámico, pero también volverse alienante y perturbadora. Como antes comentábamos, Foucault hablaba del uso imperativo del lenguaje como uno de los movimientos básicos en la estrategia de poder sobre el loco. El lenguaje en la psiquiatría ya no es un instrumento para la dialéctica, sino algo que se impone al paciente. El diagnóstico sustituye la identidad de las personas, la psicoterapia organiza sus proyectos y los profesionales, en general, delimitan lo adecuado o inadecuado. Por estas razones insistimos tanto en que la psicoeducación debería eliminarse por completo de las pretensiones de los equipos que quieran acabar con los dispositivos. Son modos de asignar a otro un lenguaje que no le pertenece cuando su conflicto está en su propio lenguaje. En la misma línea se situaría nuestra animadversión hacia los consejos, recursos tan utilizados como peligrosos. Aconsejar es un modo de violencia institucional, pues se trata de adjudicar nuestra realidad a otra persona, anulando la suya por el camino.

Al final, abandonar ideas como «enfermo», «cronicidad», «dependencia», «adherencia al tratamiento», «normalización» o «conciencia de enfermedad» no es un gesto superficial que tenga que ver con las apariencias. Se trata de un ejercicio de escrutinio de nuestras intenciones clínicas para salir de la institución simbólica de la psiquiatría. Pretensión que siempre se dirige a que las personas puedan compartir, hasta donde puedan y quieran, su propia realidad. Nunca a que sean *como los demás*.

> *Ejemplo g. Mujer de 39 años. Vive sola. Vuelve a la ciudad tras varios años en distintas provincias e instituciones psiquiátricas específicas. Diagnosticada desde los 19 años de Trastorno límite de personalidad, Bulimia nerviosa, Trastorno por control de impulsos, y Depresión mayor. Varios intentos autolíticos. En las últimas semanas, ingiere grandes cantidades de diuréticos y se provoca el vómito, siendo ingresada en la UCI por desequilibrios electrolíticos y peso bajo. Luego es ingresada en la Unidad de Agudos de Psiquiatría. Al alta, se deriva a dispositivo intermedio ambulatorio. Se presenta del siguiente modo: «Soy TLP».*
>
> *Opción 1. Tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico dirigido a sus múltiples diagnósticos.*
>
> *Opción 2. Nos proponemos ver qué hay detrás de ese modo de presentarse. En el vínculo se observa que es complicado saber quién es ella, pues en lugar de hablar de sí misma, se limita a describir los síntomas. La familia está preocupada por el consumo de diuréticos, que persiste. Le proponemos ayudarle a adelgazar, pero sin vómitos ni diuréticos. Resulta complicado que salga de la idea de que debe curarse de «sus enfermedades», pero le sorprende tanto la idea de que no le controlemos el peso que acepta. Esto permitió poder ir trabajando otros aspectos, principalmente de su identidad, e ir ayudándola a generar nuevos deseos. Tomábamos en*

consideración cada proyecto que empezaba a elaborar, independientemente de que los concluyera o no. Además, se responde inmediatamente a sus crisis con vistas a domicilio. Se realizan reuniones familiares periódicas.

Tras dos años ha abandonado la idea de los diagnósticos y se presenta por su nombre. Define lo que le gusta y lo que no. Reconoce los síntomas pero los pone en relación con sucesos de su vida cotidiana. No volvió a tomar diuréticos ni a ingresar a pesar de haber tenido que superar grandes pérdidas familiares. Está estudiando lo que siempre quiso estudiar.

Último paso. Sólo hay un objetivo, la emancipación de las personas

El último empujón de los muros del dispositivo consiste en tener claro, en todo momento, hacia dónde nos dirigimos. Sólo hay una meta posible: marcar un *punto cero* en la vida de las personas para promover su emancipación.

Nótese que en este *Manual de instrucciones* no se habla de «rehabilitación» ni «recuperación», dos conceptos muy utilizados durante los últimos años. Según el diccionario María Moliner, rehabilitar consiste en «habilitar de nuevo» y «recuperar la buena fama o el derecho a la estimación de alguien». Del mismo modo, recuperar es «volver a tener algo que se ha perdido». En la locura no hay una pérdida en el sentido estricto, hay un conflicto en el sujeto que no se resuelve ni volviendo a ser como antes ni siendo lo que los demás esperan. No hay que adquirir habilidades olvidadas ni estrategias *funcionales*, sino marcar un punto en la experiencia que permita observar lo que pasa y aprender de lo que ha pasado. Este *punto cero* marca el inicio de un cambio que siempre irá dirigido hacia la emancipación.

Bien es cierto que existen tantos modo de emanciparse como gustos por el helado, pero podemos decir que la verdadera emancipación

debe situarse en tres niveles. Una tiene que ver con el propio malestar, otra pasa más por el contexto familiar y una última se refiere a los vínculos con la propia institución de salud mental.

En primer lugar, la emancipación pasa por una independencia clínica. Cada sujeto debe llegar al lugar en el que puede identificar qué síntomas les son necesarios y cuáles frenan el curso del deseo. Encontrar su equilibrio personal y único. Cuánto delirio se necesita para vivir, hasta dónde el aislamiento ayuda a frenar la angustia y cuándo se convierte en una cárcel o qué grado de manía es necesario para frenar la melancolía. Ese recorrido se ve facilitado si los profesionales ayudamos a las personas a despojarse de la identidad clínica que se les ha establecido, apoyándoles en la indagación de quiénes son. No consiste en negar la experiencia del malestar, más bien en evitar nombrarla o explicarla desde nuestro lenguaje.

En segundo lugar, la emancipación pasa por la familia. Tanto del paciente hacia ella como en sentido inverso. Un familiar no es un cuidador ni un tutor; ni un paciente un niño o un ser incomprensible. En este sentido, debemos ayudar a recortar la distancia de la escucha y la comprensión y aumentar la de la dependencia, tanto económica como afectiva. Aun en extremos tan opuestos como el de los padres protectores y el de los exigentes, siempre entra en juego la subordinación de unos respecto a otros.

Cuando salimos del discurso de la enfermedad, valorando los síntomas como defensas, se produce un cambio en el punto de vista de las familias. La dicotomía culpa-responsabilidad que tantas veces está en juego puede empezar a ser resuelta. El paciente ya no es un ser pasivo ante lo que le pasa, sino que puede hacer algo con ello. La familia, al ser parte activa en la vida del otro, también estará comprometida con la situación. Todos son, entonces, responsables, pero ninguno culpable de lo que hasta entonces ha pasado. La emancipación consiste en

establecer nuevas distancias y facilitar la palabra entre los familiares, en eliminar el reproche y premiar la libertad de todas las partes.

Por último, y no por ello menos importante, comprobaremos que ningún dispositivo puede disolverse si no trabaja para que las personas no le necesiten más. Promover la ruptura de los sujetos que atendemos con la red de salud mental debe ser la máxima aspiración de cualquier profesional. No se reduce a «dar altas», sino que es más profunda. Que desaparezca el diagnóstico como identidad o se pueda reconocer el propio malestar son pasos que los profesionales podemos facilitar, pero a la vez deben ir acompañados de la intención de que las personas encuentren una nueva *red* en la que apoyarse. Las cooperativas, los colectivos de apoyo mutuo, las familias, los espacios comunitarios, deben ser en adelante los puntos de anclaje de cada ciudadano que pasó por nuestras manos catalogado de «enfermo».
A los profesionales nos queda muchísimo trabajo para facilitar este último punto. Tanto los servicios sanitarios como sociales están organizados para que las personas permanezcan dentro. Este *Manual de instrucciones* iba dirigido a todo el que estuviera interesando en variar esa tendencia. La fórmula es complicada: crear dispositivos que se destruyan a sí mismos. Pero los pasos a seguir son simples: sólo consiste en descubrir los finos hilos del poder que sujetan sus cimientos y sustituirlos por gomas flexibles que respeten lo maravilloso de la locura.

Bibliografía

Foucault, M.(2005). El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica,2005.

Freud, S. (1,972).Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. En: Obras Completas, T. IV. Madrid: Biblioteca Nueva,1972.

Experiencia en el Centro de Intervención Comunitaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.