



RADICALITZEM

la vida

La majoria de llibres de Virus editorial es troben sota llicències lliures i per la seva lliure descàrrega. Però els projectes autogestionaris i alternatius, com Virus editorial, necessiten un important suport econòmic. En la mesura que oferim bona part del nostre treball pel comú, creiem important crear també formes de col·laboració en la sostenibilitat del projecte. **Subscriu-t'hi!!**

La mayoría de libros de Virus editorial se encuentran bajo licencias libres y para su libre descarga. Pero los proyectos autogestionarios y alternativos, como Virus editorial, necesitan de un importante apoyo económico. En la medida en que ofrecemos buena parte de nuestro trabajo para lo común, creemos importante crear también formas de colaboración en la sostenibilidad del proyecto. **¡Subscríbete!**



Satel·lit
sense quota



Càpsida



Replicant

-5%

5 compres
en llibreria
amb 10€ de
compra

Agenda mensual
Pòsters, calers
i postal

60€

4 llibres
Virus editorial
amb 10€ de compra

-5%
En llibreria
amb 10€ de compra

Pack de memòries
de Virus editorial
amb 10€ de compra

Descuents
En llibreria
amb 10€ de compra

100€

8 novedades
Virus editorial
amb 10€ de compra

-5%
En llibreria
amb 10€ de compra

Descuents
En llibreria
amb 10€ de compra

Pack de memòries
de Virus editorial
amb 10€ de compra

<https://www.viruseditorial.net/es/editorial/socios>

ENSAYO

Javier Erro

PÁJAROS EN LA CABEZA

**ACTIVISMO EN SALUD MENTAL
DESDE ESPAÑA Y CHILE**





LICENCIA CREATIVE COMMONS
AUTORÍA - NO DERIVADOS -
NO COMERCIAL 4.0

Esta licencia permite copiar, distribuir, exhibir e interpretar este texto, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

❶ **Autoría-atribución:** deberá respetarse la autoría del texto y de su traducción. Siempre habrá de constar la autoría del texto y/o la traducción.

❷ **No comercial:** no puede utilizarse este trabajo con fines comerciales.

❸ **No derivados:** no se puede alterar, transformar, modificar o reconstruir este texto.

Los términos de esta licencia deberán constar de una manera clara para cualquier uso o distribución del texto. Estas condiciones solo podrán alterarse con el permiso expreso del autor o la autora.

Este libro tiene una licencia Creative Commons Attribution-NoDerivs-NonCommercial. Para consultar las condiciones de esta licencia puede visitarse: creativecommons.org/licenses/by-nd-nc/1.0/ o enviar una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbot Way, Stanford, California 94305, EE.UU.

© 2021 de la obra, Javier Erro

© 2021 de esta edición, Virus Editorial

Título:

Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile

Edición y maquetación: Virus Editorial

Corrección ortotipográfica y de estilo: Paula Monteiro

Diseño de colección: Silvio García-Aguirre y Pilar Sánchez Molina

Ilustración de cubierta: Ana Penyas

Composición de cubierta: Lidia Sardà

Primera edición en castellano: marzo de 2021

ISBN: 978-84-17870-06-5

Depósito legal: B-2510-2021



Virus Editorial i Distribuïdora, SCCL

C/ Junta de Comerç, 18, baixos

08001 Barcelona

T. / Fax: 934 413 814

editorial@viruseditorial.net

www.viruseditorial.net

ÍNDICE

PRÓLOGO, FERNANDO BALIUS 9

AGRADECIMIENTOS 17

Introducción: sobre no decir más de lo mismo
en salud mental 19

La «cultura de la salud mental»
en la época neoliberal 27

Cultura de la salud mental: una aproximación 27

Aportaciones de la psicoterapia a la cultura
de la salud mental 35

Cultura de la salud mental y neoliberalismo 49

Otras ideas, otra salud mental 59

Algunas cuestiones históricas: manicomio,
antipsiquiatría y contrapsicología 67

Introducción al manicomio 67

Mitos fundadores de la psiquiatría 70

El manicomio expuesto: las primeras críticas 76

España: las luchas antipsiquiátricas durante finales
del franquismo y la Transición 78

Chile: del manicomio a la psicología comunitaria 87

La aparición de la contrapsicología 93

La irrupción del activismo en primera persona	107
Un giro de 180 grados: la perspectiva en primera persona	107
De la despatologización de la homosexualidad al movimiento Hearing Voices	123
Pensando en común: debates, experiencias y reflexiones	169
Experiencias con el sistema de salud mental	170
Primeras experiencias en el activismo	179
El apoyo mutuo: ventajas, dificultades y limitaciones	186
Salud mental, género y feminismo	196
Problematizar el psicofármaco	208
El papel de los profesionales	214
De dificultades presentes y posibilidades futuras	223
BIBLIOGRAFÍA	237
ÍNDICE ONOMÁSTICO	241
ÍNDICE TEMÁTICO	243

*Sal de mi corazón, del que me has hecho
un girasol sumiso y amarillo
al dictamen solar que tu ojo envía:
un terrón para siempre insatisfecho,
un pez embotellado y un martillo
harto de golpear en la herrería.*

Miguel Hernández
El rayo que no cesa (1936)

PRÓLOGO

En abril de 2016 salieron de imprenta las primeras quinientas copias de *Saldremos de esta*, una pequeña guía escrita por Javier Erro, en cuya edición y publicación participé. Ese librito es el motivo por el que nos conocimos e iniciamos una profusa correspondencia electrónica que acabó materializándose en una colaboración informal que se extiende hasta el día de hoy. Básicamente, compartimos materiales y nos hacemos consultas cruzadas sobre temas relacionados con la salud mental. Por lo general, he de decir que se olvida de que es psicólogo, y eso creo que es un valor en sí mismo. Como a una buena parte de las personas que tenemos un diagnóstico psiquiátrico, los psiquiatras y psicólogos me generan cierta aversión. Ello se debe básicamente a la habitual posición de poder que ocupan en el tablero de la salud mental y a la seguridad con la que defienden postulados que, con demasiada frecuencia, carecen de base objetiva y son obstinadamente refutados por el día a día. Pero, a todas luces, este no es el caso. Y arranco este prólogo desde aquí, porque me parece que cuando se habla de sufrimiento psíquico es importante dejar claro desde dónde se hace. Nunca he encontrado afán aleccionador en nada de lo que haya escrito Javier, ni tampoco rastro de paternalismo alguno, lo que siempre ha caracterizado a sus textos o charlas ha sido la curiosidad por conocer y la capacidad para compartir lo que se trae entre manos. Han pasado ya más de cuatro años desde aquella fecha, *Saldremos de esta*

ha superado los tres mil ejemplares distribuidos y tiene miles de descargas en la red. Es un texto con varias vidas, que ha sido utilizado tanto por colectivos sociales y grupos de apoyo mutuo como por profesionales sanitarios e incluso docentes de secundaria, y cuya principal virtud no fue la de ofrecer un contenido inédito o una nueva hipótesis sobre la locura, sino sintetizar de manera certera un conjunto de problemas y plantear la posibilidad de afrontarlos de manera colectiva. El impacto que ha tenido reside en que nadie lo había hecho antes, es decir, que con todas sus limitaciones y carencias (son tan solo 74 pequeñas páginas) llenó un hueco que no solo no habían sabido detectar profesionales y académicos —cosa que no puede sorprender a nadie, ya que lo normal es que vivan en una realidad que nos es completamente ajena—, sino tampoco las personas activistas del ámbito de la salud mental que nos dedicamos a generar materiales en páginas web o editoriales. Él se nos acercó con un montón de apuntes que estaba elaborando para su uso propio, dijo que creía que podían ser de utilidad y que le ayudáramos a revisarlos desde una perspectiva en primera persona. Y, por si esto no fuera ya suficientemente atípico, no tuvo problema alguno en debatir y profundizar en las críticas, revisar el texto, cambiarlo, volverlo a compartir. Incluso propuso que se firmara de manera colectiva.

He cerrado el primer párrafo y creo que he conseguido aproximar al potencial lector, de una manera sincera, al autor que va a encontrarse, podemos pasar por tanto a otras cuestiones que pueden serle de interés. ¿Por qué es necesario este libro? ¿Por qué cobra sentido su edición en una coyuntura en la que el mercado editorial naufraga como consecuencia (la última de tantas) de la pandemia y nuestras redes sociales y correos electrónicos están atestados de artículos, reseñas, vídeos y demás, que aguardan pacientemente en fila el momento en el que puedan ser consumidos? Mi respuesta más corta y contundente: porque ayuda a pensar. Es decir, porque en un momento histórico que se define por la escisión entre saber y poder, entre la acumulación de información, opiniones, datos, etc. y la impotencia de no poder cambiar las vidas que vivimos, todo aquel material que nos permita parar y plantearnos de dónde venimos y adónde podemos ir

merece salir de la inmediatez de las pantallas y perdurar un mínimo posible para que sea capaz de cumplir su cometido. Gestiono desde hace casi una década una página web sobre salud mental desde una perspectiva crítica (primeravocal.org) y soy testigo habitual de cómo entradas y artículos logran impacto, se leen, circulan, son compartidos, y luego quedan sepultados por una nueva crítica, un nuevo enfoque e, incluso, un nuevo frente de lucha. Acumulamos contenidos con una facilidad que hace quince años jamás habríamos imaginado, pero ni todos ellos nutren ni todos nos ayudan a construir discursos con los que armar críticas que inauguren pautas de acción colectiva. El ritmo de la productividad comunicativa que caracteriza a esta sociedad afecta a la construcción de alternativas: en el caso concreto de la salud mental, tenemos tanta hambre de cambio que con frecuencia sufrimos de indigestión.

Por otro lado, cuando hablamos de materiales sobre salud mental, sufrimiento psíquico o locura, merece la pena hacer un alto en el camino. Estos se presentan en una tipología bastante variada, que va desde los realizados por las propias personas afectadas (por quienes viven o han vivido las problemáticas asociadas a la salud mental) a los netamente académicos (motivados en gran medida por la necesidad de publicar en determinadas revistas y ser referenciados la mayor cantidad de veces posible). Entre medias, y especialmente en el mundo anglosajón, existe una tendencia a escribir libros y artículos que tienen como prioridad el ser accesibles y socializar herramientas, por lo general están escritos por profesionales de la salud mental, algunos de los cuales en ocasiones tienen experiencia en primera persona de la locura, o por una combinación entre profesionales y personas que han atravesado las experiencias abordadas. A su vez, el enfoque empleado a la hora de escribir sobre el tema que nos ocupa puede ser abiertamente político o no, también puede priorizar el ser entendido por cualquiera, con el fin de que sectores amplios de la sociedad accedan a una realidad históricamente estigmatizada, rompiendo el cerco de la especialización. Con estas escasas y algo vagas coordenadas, alguien puede orientarse dentro de la producción intelectual sobre la

locura y aventurar qué es lo que puede o no encontrarse cuando un texto cae en sus manos o pantallas.

Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile no es ni un texto activista en primera persona¹ ni un análisis superficial ceñido a las contingencias telemáticas, tampoco tiene un carácter inmediateista que haga que su lectura vaya a resultar caduca en unos años ni está marcado por el hecho de que su autor sea psicólogo. Se encuentra, y para mí este es sin duda uno de sus mayores puntos fuertes, en las antípodas de los escritos que nacen dentro del ecosistema universitario. No responde a las lógicas extractivistas² de la Academia, a su búsqueda de nuevos sujetos políticos que categorizar, describir y de los que sacar información con los que ir redactando trabajos de final de máster, tesis doctorales y artículos que únicamente leerán los colegas del gremio. Y soy especialmente incisivo en este aspecto, porque es demasiado habitual que se publiquen ensayos que, en el fondo, son trabajos académicos reescritos ligeramente y que, por tanto, adolecen de todos los vicios que trae de serie su matriz original: códigos endogámicos, formalidad ortopédica, distancia profiláctica de lo real y tendencia gratuita a enredar el lenguaje. La estricta separación entre la literatura netamente académica y la que no lo es no es algo deseable (y pone sobre

1. Este es un concepto bastante intuitivo que hace referencia al lugar que ocupan quienes hacen activismo desde su propia condición de personas que sufren o han sufrido psíquicamente. Más adelante, el lector que no esté familiarizado con él tendrá la oportunidad de profundizar en las implicaciones asociadas a esta ausencia de delegación. Tengamos en cuenta que, hasta hace muy poco tiempo, la representación de las personas psiquiatrizadas corría a cargo de familiares y profesionales, lo que implicaba una suerte de alienación extra, de manto de silencio (esto es: de negación de la palabra) sobre el ya habitual silenciamiento experimentado por quienes tienen experiencias psíquicas inusuales.

2. Entiendo por «extractivismo académico» el uso y abuso de metodologías que permiten extraer información de una determinada comunidad siguiendo un afán acumulativo que no se traduce en ningún tipo de beneficio para dicha comunidad. El resultado es un conocimiento que no ayuda a resolver problemas, que solo tiene sentido dentro del propio contexto académico, con sus propias ideas de lo que constituyen méritos y valores, y que, por lo tanto, no me interesa lo más mínimo.

la mesa la desconexión entre territorios), pero como lector prefiero siempre la honestidad a la infiltración. Y lo que tengo claro es que el libro que tienes entre manos es el resultado de un trabajo y de una redacción honestos.

Tampoco se trata de un texto que tenga encaje entre los títulos habituales escritos por profesionales (menos aún si solo tenemos en cuenta los que están escritos originalmente en castellano). No lo tiene por múltiples motivos, y quizás el que primero salta a la vista es el que tiene que ver con la propia composición del texto, alejado de pautas estandarizadas tanto en lo formal como en la metodología empleada para adquirir la información a partir de la cual se reflexiona. Otra razón por la que este no es el libro que podríamos esperar de un psicólogo es el lenguaje utilizado, ya que incluso en sus pasajes más teóricos se queda muy lejos del acostumbrado entre especialistas.³ Por último, el centro de interés en torno al que gira la obra se sale completamente de los temas que parecen preocupar a la mayoría de profesionales de la salud mental.

En esta ocasión, el asunto que encara Javier Erro es más complejo de gestionar que en *Saldremos de esta*. No podemos dejar de tener en cuenta que su objetivo es compartir su pensamiento sobre algo que está sucediendo en tiempo real, sobre algo inacabado: la emergencia del activismo en salud mental en los estados español y chileno. Para ello, aúna las transcripciones de numerosas entrevistas que realizó en ambos países y las reflexiones que va desgranando al hilo de las mismas. Recoger los pasos dados, dar voz a quienes los han protagonizado, a quienes los están dando, con el objetivo de tomar el pulso a un proceso que está vivo... creo que esa es la tarea esencial que se muestra en las páginas de *Pájaros en la cabeza*. Y, además, Javier Erro lo hace sin pretensión de pronunciarse al respecto con ninguna autoridad.

3. Porque no nos equivoquemos, los profesionales suelen escribir para otros profesionales, incluso cuando el tema abordado carece de un carácter especializado, un ejercicio de reduccionismo que debería ser revisado en nombre del sentido común.

Prescindir de ese anhelo de autoridad es crucial en la cuestión que nos atañe, sobre todo si tenemos en cuenta que uno de los grandes protagonistas del libro es el ya mencionado activismo en primera persona. De hecho, es condición de posibilidad para que nuestra voz no sea usurpada. Tener a nuestras espaldas una historia que se caracteriza esencialmente porque la capacidad de protagonizarla nos ha sido negada de manera sistemática hace que un acercamiento como el que realiza el autor sea problemático... ¿En qué medida puede entonces venir alguien a decirnos algo acerca de lo que estamos intentando construir? En la medida en que cumpla dos condiciones: 1) no dé lecciones, 2) aporte y ayude a nuestra lucha. No dar lecciones implica no situarse en una relación de poder, no ignorar la existencia de los sujetos políticos que habitan el terreno que se está cartografiando. Ayudar y aportar suponen ofrecer visibilidad, difundir, enriquecer los modos de contar nuestras historias, propiciar el diálogo, generar contenidos que contribuyan a erosionar las interpretaciones hegemónicas sobre el sufrimiento psíquico y nos permitan avanzar en direcciones en las cuales las experiencias y los derechos de las personas psiquiatrizadas sean respetados. Se trata pues de responder ante dos premisas tan sencillas y legítimas como anómalas, y *Pájaros en la cabeza* lo hace.

Un trabajo de estas características es imperfecto por definición. No estarán todas las voces que componen un movimiento tan único como complejo, pero creo que el afán de totalidad no cabe en un escrito de esta naturaleza. No es un tratado histórico ni la autopsia de un cadáver político, sino más bien un conjunto de pistas y señales que pueden ayudarnos a pensar dónde estamos, de dónde venimos. Un instrumento que puede ser de utilidad tanto a quienes estamos inmersos en el activismo como a quienes se acercan a nuestra lucha. Un recurso para abrir debates, para analizar las relaciones con otras realidades y, por supuesto, para hacer autocrítica. Quien haya formado parte de cualquier movimiento social sabe que las inercias son capaces de arrastrar a las personas a lo largo de los años, de manera que la conciencia de lo que se ha hecho durante todo ese tiempo queda desdibujada. Es necesario trazar mapas, por más incompletos

que estos sean. Trazarlos y compartirlos, para que no nos atrape el bucle, para que los que llegan sepan lo que se hizo antes y decidan con qué se quedan y qué desechan. Es un ejercicio de transparencia y responsabilidad, y que alguien se haya tirado al barro a ayudar en ello es algo que creo que hay que agradecer.

Fernando Balius

AGRADECIMIENTOS

Dado que no deseaba personalizar en nadie los discursos, sino hablar de un movimiento, he decidido que en el texto no señalaré quién dice qué. Además, quería que las personas entrevistadas pudiesen hablar sabiendo que no habría consecuencias personales. Sin embargo, no quiero dejar pasar la oportunidad de nombrarlas. En Chile: Carlos Castro, Claudia Calquín, Danko Amigo, Natalia Paz, Juan Román, Juan, Lorena Berríos, Rodrigo Fredes y una entrevista virtual y concurrida al colectivo No es lo mismo ser loca que loco. En España: Nando, Cris, Ana Carralero, Irene Arquero, Marta Plaza, Flavia Ribes, Rafael Huertas, Olaia Fernández y Luco. Tampoco quiero olvidarme del activismo de Valencia: sois al mismo tiempo una guerra y un hogar.

Algunos de estos nombres son seudónimos, otros son verdaderos, unos están completos y otros no, y, en algunas ocasiones, las personas entrevistadas no han querido aparecer. He respetado la decisión de cada una de ellas. Sea como fuere, mi agradecimiento es eterno y espero que hayan disfrutado de las entrevistas tanto como yo. También quería señalar a las personas que, tanto en España como en Chile, me dieron contactos, me acogieron en sus casas, me soportaron sin perder la amabilidad, me enseñaron sus ciudades o pueblos y/o se leyeron el manuscrito para después tener el tacto de no hundirme al señalar los fallos. Después de todo esto, la vida es mucho más respirable.

INTRODUCCIÓN

SOBRE NO DECIR MÁS DE LO MISMO EN SALUD MENTAL

Todo el mundo, en algún momento de la vida, pasa por procesos de ansiedad, depresión, baja autoestima, agresividad, insomnio o adicciones. Sin embargo, para la mayor parte de las personas, este tipo de problemas se resuelven sin entrar en el sistema de salud mental. ¿A qué nos referimos con «entrar en el sistema de salud mental»? A muchas cosas diferentes. Hay quien vive años internada, con dosis altísimas de medicación, sufriendo contenciones mecánicas¹ y recibiendo Terapia Electroconvulsiva (TEC).² Otras solamente acuden un par de veces a terapia y mantienen una serie de distendidas charlas. Entre una situación y la otra, podemos encontrar una

-
1. La contención mecánica consiste en inmovilizar a la persona en una cama sujeta por los tobillos, muñecas y cintura durante un tiempo variable que va desde unas horas hasta varios días. Esta técnica puede generar problemas tanto físicos como psicológicos y, cada vez más, está dejando de considerarse una práctica legítima e interpretándose más como un fracaso del equipo profesional.
 2. La TEC es popularmente conocida con el nombre de «electroshock»; utilizaré ambos términos indistintamente. Se trata de una técnica controvertida, puesto que sus defensores señalan que no produce deterioro alguno, mientras que muchas personas sobre las que se ha aplicado señalan que padecen importantes pérdidas de memoria. Sigue utilizándose de forma habitual.

amplísima gama de circunstancias y necesidades vitales: más o menos medicación, ingresos o no en plantas de psiquiatría, mayor o menor información sobre lo que la persona está experimentando y sobre el tratamiento que se le proporciona, trato humano o degradante, estigmatización o no, aislamiento social o no, etc. Utilizo el verbo «entrar» puesto que define bien lo que sucede: pasar de estar fuera a estar dentro. Se puede estar dentro de este sistema durante unas semanas, durante meses, años, e incluso no salir nunca. Se puede estar dentro de este sistema sin estar físicamente en el interior de alguno de sus espacios (centros de salud mental, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación, etc.). Por ejemplo, vivir en casa tomando la medicación y acudir a una visita cada dos meses es estar *dentro* si la persona así lo considera. Hay quien se considera *fuera* después de haber estado años *dentro*. Hay personas que, habiendo pasado *dentro* un día, años después todavía se consideran afectadas por dicha experiencia. Y también hay a quien *entrar* en este sistema les ha supuesto salir de sus vidas.

En definitiva, hay gente que ni siquiera sabe que existe este sistema, gente muy contenta con él, gente muy enfadada y, en general, un amplio abanico de sentimientos situados entre el amor y el odio (ambos incluidos). Debido a esta amplísima diversidad de experiencias relacionadas con el sufrimiento psíquico y la gran variedad de formas de atenderlas desde el ámbito institucional, vamos a centrar nuestra atención en quienes mantienen una visión crítica sobre el sistema de salud mental.

Gran parte de lo que suele decirse sobre el sistema de salud mental está basado en dos tipos de opiniones: la de las personas que están satisfechas con él y la de los profesionales de este campo.³ No profundizaré aquí sobre las opiniones de estos últimos, puesto que irán apareciendo a lo largo del texto. Respecto a las valoraciones positivas de las personas atendidas, me gustaría traer aquí a colación una anécdota de alguien que lleva *dentro*

3. Profesionales de salud mental pueden ser psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. Cuando hable de «profesionales» en este texto, me referiré a todo ese conjunto de personas.

muchos años y cuya dosis de medicación le dificulta pensar y hablar con fluidez. Sin embargo, en una asamblea, cuando alguien afirmó que tenía pesadillas relacionadas con la contención mecánica que había sufrido en su último ingreso hospitalario, le respondió: «Lo ves todo negro, hay que ser positivo». Parece una anécdota banal y un comentario irrelevante, pero no lo son en absoluto. Para nada es mi intención faltar el respeto a esta persona, ni hacer burla de ella. Al contrario, este ejemplo señala que es muy complicado elaborar un discurso crítico, y que dicha dificultad se incrementa de manera proporcional en función de la cantidad de años que se pasan *dentro*, debido a la falta de alternativas y de espacios para pensarlas.

El campo de la salud mental es muy propicio a los lugares comunes y los eslóganes. Hablo de frases del tipo: «Busca ayuda profesional», «La salud mental es cosa de todos» o «Hay que tomar la medicación». No es que sean falsas, pero la verdad que entrañan no se corresponde a la cantidad de veces que se repiten. De tan reiteradas se han ido vaciando de contenido, convirtiéndose en prácticamente intercambiables entre sí; de hecho, poseen escasa relación con la compleja realidad de quien pasa por sufrimiento psíquico. Algunas personas rebatirían la idea de que es necesario «buscar ayuda profesional», porque han tenido malas experiencias con ese tipo de atención y, quizás, han encontrado un apoyo más efectivo fuera de los centros de salud mental. También mucha gente opinará que el eslogan que afirma que «la salud mental es cosa de todos» es utópico, sobre todo cuando uno de los principales obstáculos en este ámbito es la soledad derivada de la consideración individual —en lugar de colectiva— de estos problemas. Por último, la idea de que «hay que tomar la medicación» remite a la cuestión de los psicofármacos, de los cuales hablaremos más adelante. El tema de la salud mental me parece suficientemente serio como para despacharlo en cuatro frases de póster de sala de espera.

Todo esto genera la sensación de que no es necesaria una perspectiva crítica y transformadora. Sensación extraña e incómoda para muchas personas que ven un contraste muy grande

entre este optimismo y la realidad concreta. En consecuencia, me parece indispensable centrarme en los discursos que todavía no han sido recogidos ni tenidos en cuenta. El activismo en salud mental viene a proponer una voz nueva, que amplía las perspectivas y visibiliza situaciones que quedaban en la sombra. La decisión de entrevistar a activistas está directamente relacionada con su ruptura con el discurso ejemplificado en el párrafo anterior. En general, se trata de personas que han experimentado sufrimiento psíquico y han encontrado en este sistema más problemas que soluciones. Este tipo de implicación suele calificarse como «activismo en primera persona». También podemos encontrar a profesionales que podríamos llamar «críticos» o «aliados», que colaboran en mayor o menor medida con el movimiento en primera persona. No obstante, en ocasiones hay híbridos, esto es, profesionales que han pasado por situaciones de sufrimiento psíquico, o personas interesadas en la salud mental por otros factores, como su relación con familiares o amigos. Podríamos preguntar: «¿Y los activistas no dan una información interesada?». Naturalmente que sí. Todo el mundo ofrece una información interesada, también en el campo de la salud mental. La diferencia es que esta perspectiva proporciona una información necesaria para mejorar las cosas, proponen algo nuevo, una transformación. Estos son sus intereses y los plantean de manera abierta y honesta. La información que dan es más digna de ser tenida en cuenta que la que ofrecen quienes tienen otros intereses menos loables. He considerado que este tipo de reflexiones son las necesarias y las que evitan decir más de lo mismo.

Relacionado con esto, creo relevante señalar que soy profesional de la salud mental e indudablemente esto afecta a mi visión sobre todas las cuestiones planteadas. Sin lugar a dudas, habrá sido determinante a la hora de seleccionar y disponer la información. Pero, como he señalado anteriormente, no trato de realizar un documento objetivo, sino útil. Ojalá surgieran más reflexiones desde otras posiciones. Seguramente, algunas revisiones posteriores serán críticas con los contenidos del libro, otras con el hecho de que lo haya escrito un profesional. Esto me generó muchas dudas en varios momentos del desarrollo de este

proyecto, pero aun así decidí seguir adelante. Un motivo es que las propias personas entrevistadas me daban la legitimidad para hacerlo. Otro es que creo que, independientemente de que fuese yo u otra persona, era necesario reflexionar y documentar los primeros pasos de un movimiento que crece. Por estos motivos, quiero clarificar que no pretendo haber desarrollado ideas que en realidad han desarrollado otras personas. Muchos de los contenidos del libro son reflexiones que forman parte del colectivo activista.

Una buena parte del texto está basado en entrevistas realizadas, entre marzo y julio de 2018, a activistas de dos países distintos: España y Chile. Algunas salen de encuentros cuyas preguntas estaban preparadas previamente, mientras que otras simplemente surgieron en el transcurso de una conversación. Varias personas decidieron hablar de su experiencia personal, añadiendo un componente emocional muy valioso. Otras utilizaron un estilo más racional, tratando de reflexionar y argumentar. En la mayor parte, se mezclaron ambas perspectivas, siempre decididas por la persona y no por mí.

He escogido España y Chile porque son los dos países de habla hispana donde más activismo conozco y a los que he tenido acceso. Sin embargo, me resulta mucho más familiar el activismo de España que el de Chile, ya que solo tuve la oportunidad de conocer este último durante un mes. He intentado que las secciones que muestran la realidad chilena y la española ocupen la misma cantidad de espacio. No obstante, no creo que haya podido evitar que el lugar desde el que hablo tenga un peso sobre cómo digo las cosas y la selección de información. Espero que, pese a esta circunstancia, el texto siga siendo útil para ambos lados del océano. Cuando sea importante saber el país desde el que se habla, estará señalado o podrá deducirse fácilmente.

Por otro lado, creo que es interesante anotar que, a medida que iba avanzando en el libro, han surgido iniciativas en diferentes países latinoamericanos. Estas están tomando forma en congresos, colectivos y publicaciones. Con toda seguridad, en unos años podremos hablar de un movimiento todavía más amplio y

rico en reflexiones y experiencias.⁴ También en España han aparecido nuevas propuestas que no están recogidas aquí.

En cuanto a la estructura del texto, he considerado necesario empezar con unas breves anotaciones que condensasen una determinada visión sobre la salud mental en la actualidad, y el papel que tiene en la sociedad. Para ello, utilizo el concepto de «cultura de la salud mental», que me ha ayudado a desarrollar un conjunto de reflexiones. Esta parte es la más teórica, por lo que he intentado no emplear un lenguaje demasiado académico. Bastante complicada es ya la realidad como para querer complicar los análisis de manera gratuita. Más adelante, y para comprender los antecedentes históricos del movimiento activista en salud mental, he decidido incluir una breve historia del manicomio y la psiquiatría, así como de los movimientos críticos en Chile y España. No es una descripción exhaustiva, pero considero que puede ayudar a entender el presente, especialmente los años previos a los movimientos que existen en la actualidad. A continuación, realizo una descripción a grandes rasgos de las actuales iniciativas activistas en salud mental en ambos países, incidiendo en el enfoque «en primera persona». Para finalizar, en el último apartado —el más basado en las entrevistas realizadas—, he tratado de extraer las temáticas más relevantes para el activismo, tratando de dar una coherencia expositiva a las reflexiones.

El libro está pensado para leer los capítulos en el orden en el que aparecen, pero creo que también cuentan con cierta independencia y bien podría leerse de manera desordenada. También es posible que haya quien tenga un interés particular por alguna parte en concreto o considere que alguna otra no despierta su interés.

Habrà quien pensará que no es para tanto, que todo es una exageración o que es la propia locura la que lleva a criticar el sistema de salud mental. Se suele señalar que se ha avanzado

mucho, que apenas hay manicomios, que los psicofármacos ya no tienen tantos efectos secundarios o que las reivindicaciones son desproporcionadas y derivadas de lo políticamente correcto o de un *buenismo* ingenuo. En primer lugar, creo necesario recalcar que lo políticamente correcto es tratar de que nada cambie, es infravalorar a miles de personas por una etiqueta, es alardear de que todo el mundo está exagerando, es decir: «La vida es injusta, aceptadlo», cuando no se es quien sufre esa injusticia. Nadie niega que ha habido avances, la cuestión está en si nos conformamos con ellos o si tratamos de seguir adelante. Los criterios de lo que es opresivo cambian a medida que las sociedades evolucionan, no se debe necesariamente a ponderaciones extremas, sino a una lógica necesidad de mejorar. Por tanto, no se trata de confrontar lo políticamente correcto *versus* lo políticamente incorrecto, sino de ser *políticamente consciente*.

Espero que, para el público general, esto sirva como aproximación a una realidad tan extendida como silenciada; para el público profesional, como propuesta de reflexión sincera; para los movimientos sociales, como herramienta para ampliar la mirada; y que para los activistas en salud mental sirva como una aportación a este pensar común.

Pero, por encima de todo, anhele que para las personas con sufrimiento psíquico este texto sirva como un abrazo cálido.

4. Un ejemplo es la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental, que mediante un congreso anual trata de poner en común las diferentes perspectivas.

LA «CULTURA DE LA SALUD MENTAL» EN LA ÉPOCA NEOLIBERAL

Cultura de la salud mental: una aproximación

La sociedad tiene una serie de ideas acerca del cuerpo, del trabajo, de las relaciones personales, de la guerra, la paz o la política, por lo que puede hablarse de «cultura del cuerpo», «cultura del trabajo», «cultura de las relaciones personales», «cultura de la guerra», «cultura de la paz» o «cultura de la política». Cada una de estas determinan la forma que tomarán las diferentes prácticas sociales, puesto que proporcionan una lógica que *aprueba* las prácticas asociadas a cada una de ellas. Por ejemplo, la práctica social de pagar un salario está basada en una cultura del trabajo que lo aprueba. Sin embargo, esta cultura también avala que el objetivo principal del trabajo no es aportar una actividad útil a la comunidad, sino la obtención de un beneficio económico personal. Como consecuencia, la cuantía del sueldo está más relacionada con el prestigio que con la verdadera utilidad de ese trabajo. La guerra implica, por ejemplo, la conquista de territorios para expandir los países debido a que existe una cultura de la guerra que señala que su objetivo es derrotar al enemigo por las armas y conseguir sus recursos. No obstante, conforme vamos entrando en el siglo

XXI, esta cultura de la guerra ha ido cambiando y cada vez es menos relevante el territorio y lo es más su brevedad y rentabilidad económica. Las transformaciones en una cultura producen cambios en las prácticas sociales, y viceversa.

Desde esta perspectiva, propongo que lo que entendemos por «salud mental» tiene asociada, como contexto, una cultura que podríamos calificar como «cultura de la salud mental». Esta es una expresión que utilizaré *ad hoc*, por lo que no trataré de sentar base teórica o académica alguna, ni definirla de forma exhaustiva. Su función es allanar el paso a algunas reflexiones y darles un trasfondo. Ya que habitualmente se habla sobre salud mental como si esta tuviese lugar en un vacío, me ha parecido importante enfatizar lo que la rodea y le da forma, dando a entender que no es algo que existe ni es como es porque sí, sino porque juega un determinado papel en la sociedad. Como veremos, la humanidad ha vivido sin ella durante la mayor parte de su existencia. Unas ideas diferentes darían lugar a otra cultura de la salud mental, y otra cultura daría lugar a otras formas de conceptualizarla.

La cultura de la salud mental está constituida por un conjunto de ideas que se extraen de discursos y prácticas en ámbitos muy diversos: la psicología, la psiquiatría, el mundo laboral, los libros de autoayuda, las películas, las redes sociales, los conocimientos populares, la investigación académica, etc. Es importante señalar que estas ideas no son necesariamente científicas ni profanas, acertadas ni equivocadas, objetivas ni subjetivas. Pueden ser de todo tipo, incluso contradictorias entre sí. Lo que tienen en común no es su veracidad o falsedad, sino el hecho de que son mayoritarias, hegemónicas. Esta cultura cuenta con el apoyo de un amplio espectro de la sociedad. Por tanto, una de las características fundamentales de la cultura de la salud mental es que su objetivo, su razón de ser, es el consenso social. Este existe, porque ayuda a mantener un determinado *statu quo*, de manera que un pequeño cambio en la cultura de la salud mental podría suponer una transformación social de grandes dimensiones. Existe todo un abanico de medios de comunicación, publicaciones científicas, investigaciones, inversiones económicas

y factores sociales y culturales que promueven la emergencia de cierto tipo de ideas acerca de la salud mental. ¿Cómo se seleccionan los conceptos que formarán parte de esta cultura? A medida que la sociedad va cambiando, se modifican las nociones que esta tiene acerca de la salud mental y el malestar. Esta inestabilidad provoca que las concepciones acerca de estas cuestiones estén en constante pugna por entrar o sobrevivir como parte de esta construcción cultural. Por tanto, podríamos decir que se teje a través de un proceso semejante al de la selección natural darwinista. Siguiendo este símil, esta selección natural no está relacionada con mayores grados de verdad ni de certeza, sino de adaptación al medio. Las ideas que entran en esta cultura son aquellas que mejor se adaptan a un contexto social determinado —en nuestro caso, un orden neoliberal—, independientemente de que sean verdaderas, falsas, científicas o populares. Perfilan y son perfiladas por los modelos económicos y políticos que las rodean. La cultura de la salud mental genera y pone en circulación concepciones propicias a las necesidades de los diferentes sistemas en los que cumplen un papel.

No obstante, considero importante aclarar que esta cultura forma parte de un contexto cultural más amplio, y que este es distinto dependiendo del lugar, el trasfondo histórico, las tradiciones, las creencias, etc. Esto merece dos aclaraciones. Por una parte, no pretendo señalar que la cultura de la salud mental de la que vamos a hablar aquí, la occidental, es la única que existe. En diferentes partes del mundo, hay diversas formas de entender el malestar que se escapan del objetivo de este texto y de mi capacidad de análisis. Pero, por otra parte, lo cierto es que la cultura occidental colonizó buena parte del globo imponiendo sus perspectivas en lugares con realidades sociales e históricas dispares. Por tanto, su cultura de la salud mental se adopta como la más válida después de haber eliminado o marginalizado otros marcos de comprensión.

Esto tiene consecuencias muy concretas. Por ejemplo, podemos encontrar centros de salud mental diagnosticando como enfermos mentales y dispensando psicofármacos a personas con experiencias inusuales en lugares en los que previamente no existía lo que aquí llamamos «salud mental». En algunos

países árabes, no se habla de «locura», sino de «posesión» por parte de un tipo de espíritus llamados *dyin*.¹ Esta idea se remonta a siglos atrás, y estos espíritus son protagonistas de algunos de los relatos de *Las mil y una noches*. También podemos señalar a los y las *machis* de las comunidades mapuches de Chile y Argentina, que cumplen una función de guías espirituales y sanadores de las comunidades; para ser *machi*, se tiene que haber sentido la llamada de los espíritus a través de los sueños. Los mapuches consideran que las personas que han sido reclamadas por estos espíritus y deciden ignorarlos acaban teniendo problemas de salud tanto física como mental.² No se trata de que haya que estar de acuerdo con todas estas perspectivas, pero no se pueden pasar por alto las peculiaridades culturales y religiosas de un territorio, sin ser consciente de lo que esto puede suponer a largo plazo. Como hemos dicho, la cultura de la salud mental no se basa en ideas verdaderas o falsas, sino en ideas que generan consenso, y el consenso puede imponerse.

Es habitual que se hable de «salud mental» como si se tratase de un concepto claramente definido y delimitado. Sin embargo, nada hay más lejos de la realidad. La única definición consensuada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y ni siquiera es una definición, sino su inclusión en la definición de «salud» en general: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta ambigüedad contrasta con el extendido uso del concepto y la importancia que han adquirido las prácticas sociales ligadas a él. Desde mi punto de vista, esto se debe a que la salud mental es un conjunto de ideas que cambian, una cultura, no un concepto en sí mismo.

1. G. Hassan, L. J. Kirmayer, A. Mekki-Berrada, C. Quosh, R. el Chammay, J. B. Deville-Stoetzel, A. Youssef, H. Jefe-Bahloul, A. Barkeel-Oteo, A. Coutts, S. Song y P. Ventevogel: «Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians. A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict», UNHCR, 2015.
2. Cristina García Vázquez y Aarón Saal: «Salud y enfermedad mental. Mapuche y terapeutas», VI Congreso Chileno de Antropología, Colegio de Antropólogos de Chile A. G., Valdivia, 2007.

Esta cultura se fundamenta en que hay mentes que funcionan bien y otras que no. Experiencias emocionales adecuadas y no adecuadas. Si no existiesen estas diferenciaciones entre *buen* y *mal funcionamiento*, la existencia de dicha cultura no tendría sentido. Esta distinción se ha ido construyendo a partir de una serie de factores históricos que, de haber sucedido de otro modo, la habrían hecho muy distinta. Hasta un determinado punto de la historia, las interpretaciones sobre el *mal funcionamiento* se achacaban principalmente a cuestiones religiosas. La aparición de la noción de salud mental inaugura una nueva era —en la que todavía nos encontramos— en cuanto a la interpretación de determinados fenómenos o aspectos vitales. Antes de que esta se constituyera, existían una serie de elementos dispersos que se fueron uniendo: la locura, la psicología, los *problemas nerviosos*, los malestares asociados a la industrialización, la psiquiatría, los tranquilizantes, el manicomio, la psicopatología, los traumas de los soldados tras las guerras, el psicoanálisis, la histeria y un largo etcétera. A esto hay que sumarle un declive de la influencia de las perspectivas religiosas y el auge de lo científico. Todos estos factores irán componiendo una determinada forma de interpretar la mente y, específicamente, harán aparecer la noción de que esta puede estar sana o enferma.

Una circunstancia determinante fue que la gestión de la locura empezó a asignarse a los médicos. En primera instancia, estos acudían a los manicomios para velar por la salud física de las personas internadas. Como consecuencia fue implementada la lógica médica de buscar una causa orgánica a la locura. Esto dio pie a la idea de que existe una *enfermedad de la mente*. Conforme este proceso iba avanzando, empezó a parecer cada vez más razonable considerar la locura como el resto de enfermedades, provocando el surgimiento de diferentes clasificaciones en función de las ideas propias de cada autor. La psiquiatría se construyó gracias a este proceso.³ Es importante

3. Para las personas que no estén familiarizadas con el campo de la salud mental, es necesaria una breve distinción entre psiquiatría, psicología y psicoterapia. La psiquiatría forma parte de la medicina y en la actualidad utiliza los psicofármacos

señalar que estas clasificaciones empiezan con Pinel y Esquirol en Francia, durante la época posterior a la Revolución francesa. En parte, se asignó a la locura la noción de enfermedad más por las opiniones de los primeros psiquiatras que por una evidencia científica rigurosa. A veces estos juicios eran políticos y morales, por lo que no era extraño encontrar a personas locas y a revolucionarias coincidiendo en los manicomios, especialmente en el caso de las mujeres. Por ejemplo, algunas de las patologías de interés para los primeros psiquiatras estaban relacionadas con la sexualidad (el ejemplo más claro es la histeria) y se llegó a clasificar como monomanía los discursos de algunas mujeres involucradas en la revolución.⁴ En cierto modo, esta disciplina asumió parte del control moral arrebatado a la Iglesia durante la revolución. Como decíamos, la confianza en lo religioso se fue sustituyendo por la confianza en lo científico. No es casualidad que uno de los tratamientos más extendidos en los inicios de la psiquiatría se denominara «tratamiento moral». Conceptualizar la locura como enfermedad delimitó el terreno, excluyendo otros enfoques no médicos que fueron deslegitimados como herramientas de análisis. Más adelante, se fue produciendo un proceso similar con otras experiencias y malestares diferentes a la locura, como la ansiedad, la depresión, las adicciones, las compulsiones, etc. El campo de la salud/enfermedad mental fue fagocitando un ámbito cada vez más amplio durante los siglos XIX y XX.

A medida que todo esto sucede, aparecen también dos circunstancias. La primera: los malestares se achacan a lo mental/

como herramienta para el tratamiento del sufrimiento psíquico. La psicología, a riesgo de simplificar, es la disciplina que estudia el comportamiento humano y/o la mente (todavía está en debate). Su objeto de estudio son, por ejemplo, la personalidad, la inteligencia, la psicopatología o la psicobiología. Por su parte, podemos decir que la psicoterapia es la aplicación de las teorías de la psicología al tratamiento del sufrimiento psíquico. Ejemplos conocidos de escuelas terapéuticas son el psicoanálisis, la terapia Gestalt o el modelo cognitivo-conductual. No obstante, cada vez aparecen más tipos de terapias fuera del campo de la psicología.

4. Julia Montilla: *Enajenadas. Ilustraciones médicas de la locura femenina en el siglo XIX*, Brumaria, Madrid, 2018.

emocional, excluyendo lo social, lo cultural o lo filosófico. La segunda: lo mental/emocional se convierte en terreno exclusivo de las disciplinas *psi*. Estas fueron investigando y profundizando sus conocimientos en torno a estos factores, tras desechar por el camino otros elementos.⁵ La psiquiatría se centrará en lo que sucede en el cerebro; la psicología estudiará factores relacionados con los deseos, las emociones, la conducta, los pensamientos, la motivación, la personalidad, etc. Como consecuencia de esta especialización, las disciplinas *psi* serán, en la práctica, las únicas legitimadas para lidiar con la salud mental. En la actualidad, la mayor parte de la población no le vería sentido a encontrarse con un antropólogo, un sociólogo, un filósofo o un sindicalista en un centro de salud mental, a pesar de que seguramente podrían ser de gran utilidad para lidiar con este tipo de problemáticas.

En este sentido, hay que tener en cuenta que en dicho proceso histórico muchas perspectivas de las disciplinas *psi* quedaron fuera. Como hemos comentado, la cultura de la salud mental incorpora ideas según un proceso de selección que podríamos calificar de «darwinista». Las perspectivas descartadas por esta cultura no generaron consenso, o al menos no tanto como otras. Un ejemplo fue la frenología, que consideraba que las cuestiones mentales/emocionales podían estudiarse a través de la forma del cráneo. Actualmente nos parece algo irracional, pero si hubiese entrado a formar parte de la cultura de la salud mental, ahora la esgrimiríamos como lógica e indiscutible.⁶ Esta es una de las funciones de esta cultura: producir la sensación de que «no puede ser de otro modo». En otras palabras, da la impresión de que la salud mental existía antes de que una determinada sociedad, pasando por un determinado momento histórico, la

5. Algunos elementos que se habían llegado a barajar eran la forma del cuerpo, la expresión facial, la influencia del útero o la forma del cráneo.

6. No quiero dar a entender que las ideas se seleccionan de manera aleatoria, ni que todas son igual de creíbles. Simplemente hago hincapié en que el proceso de selección de ideas podría haber sido de otro modo, quizá con otros conceptos, o con otros resultados.

generase como concepto. Este es el motivo por el cual nos parece ilógico o irracional plantear que la idea de salud mental, en otro contexto, podría ser muy diferente o simplemente no existir.

El campo de la salud mental fue desarrollando una serie de praxis como la psicofarmacología, la psicoterapia, los talleres de grupo, la psicoeducación, etc. Estas prácticas, para poder ser consideradas como tales, necesitan una serie de sujetos sobre los cuales puedan ejercerse. Así, acorde con el espíritu sistematizador de lo científico, fue necesario definir sobre quiénes debían implementarse. En otras palabras, fue indispensable consensuar unos criterios de inclusión y exclusión de sujetos, para que estos no dependiesen del juicio individual del profesional. Inicialmente, las clasificaciones que se habían ido realizando eran imprecisas, poco sistemáticas y no existía una necesidad de unificación. Era la época de las propuestas de Kraepelin⁷ y Bleuler,⁸ entre otros, que fueron convergiendo hacia un sistema de clasificación: el DSM⁹ que, en su tercera versión, recibió el consenso necesario para ostentar una hegemonía indiscutible. Así, si estás en el DSM estás oficialmente excluido de la salud

mental y, paradójicamente, puedes ser diana de las prácticas del sistema de salud mental.¹⁰

Como puede observarse, todos los elementos que hasta entonces circulaban de forma dispersa, y que hasta ese momento iban entrelazándose, se concentraron alrededor de estos criterios de exclusión/inclusión, formando un campo compacto. En la década de 1980, aparece el DSM-III, culminando un proceso que se había gestado durante décadas. No es casualidad que coincidieran una serie de factores en el momento de su aparición. Por un lado, la consolidación de la psiquiatría biologicista dará una importancia absoluta y prácticamente exclusiva a lo que sucede en el cerebro. Por otro lado, la psicología, tras largas luchas de poder entre diferentes escuelas terapéuticas, instaurará el método cognitivo-conductual, adaptándose a las exigencias de un determinado modelo de salud/enfermedad.¹¹ También hay que señalar que, en esa época, la doctrina neoliberal cobró mucha fuerza. Hablaremos sobre este último factor más adelante.

Aportaciones de la psicoterapia a la cultura de la salud mental

Como hemos podido observar, las disciplinas *psi* son un elemento fundamental para la cultura de la salud mental. En este apartado, me centraré en los aportes de la psicoterapia, puesto que a lo largo del libro la psiquiatría aparecerá de manera constante.

7. Emil Kraepelin (1856-1926) es una figura fundamental en el desarrollo de la psiquiatría. Las clasificaciones sobre las diferentes problemáticas fueron determinantes para esta disciplina. Una de sus aportaciones más reconocidas es la consideración de las experiencias psicóticas como «demencia precoz». Según Kraepelin, estas experiencias se deben a un proceso de degeneración cerebral producida por los sucesivos brotes.
8. Eugen Bleuler (1857-1939) es principalmente reconocido por acuñar el término «esquizofrenia», así como por proponer una manera de entenderla diferente de la demencia precoz (perspectiva hegemónica en aquel momento). Una de estas diferencias era considerar que existía la posibilidad de que tuviesen un pronóstico más favorable. También acuñó el término «autismo», describiéndolo como síntoma de la esquizofrenia. Como dato curioso, era partidario de la eugenesia, por lo que propuso esterilizar a las personas sobre las que escribía.
9. Los manuales DSM son editados por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y se trata de una clasificación de los trastornos mentales, con los criterios que debe cumplir la persona para ser diagnosticada. Estos manuales llevan editándose desde la década de 1950, pero hasta el DSM-III de 1980 no tuvieron mucha relevancia. La versión actual es el DSM-V, utilizado por la mayor parte de psiquiatras y psicólogos clínicos.

10. Paradójicamente, porque el campo de la salud mental actúa sobre los sujetos que excluye. Esto se debe a que se utiliza la misma expresión, «salud mental», para denominar dos cosas diferentes. Por un lado, la idea de salud mental, opuesta a la de enfermedad (definición de la OMS). Por otro, el sistema de salud mental, que en realidad atiende a las personas con *enfermedad* mental. Lo lógico sería que se llamase «sistema de enfermedad mental».
11. Pese a que los modelos teóricos de la terapia cognitivo-conductual rechazan la noción de enfermedad, en la práctica funciona dentro de sus esquemas. Por ejemplo, utiliza el DSM para nombrar los trastornos que trata.

Uno de los elementos más influyentes de la psicología es lo que entendemos por «mental». A riesgo de ser enrevesado con la terminología, me gustaría emplear el concepto «cultura de lo mental», por los mismos motivos que he utilizado antes el de «cultura de la salud mental». Un ejemplo muy claro de la influencia de la psicología en la cultura de lo mental es la noción de «inconsciente». Hasta su aparición, la mente apenas tenía secretos ni discordancias, y es a partir de Freud que podemos encontrar en ella deseos inconfesables, contradicciones y pensamientos desconocidos. El inconsciente fue incorporado a la cultura de lo mental debido a que el momento histórico lo requería. La burguesía de la época, dueña ya totalmente del poder económico y político, todavía estaba atada a una moral anticuada y conservadora. En este contexto, la noción de inconsciente fue muy bien recibida, porque permitía empezar a hablar de sexualidad y reconocer los bajos instintos del ser humano. No es casualidad que Freud escribiera sus principales obras en Viena, ciudad que en esa época vivía un relajamiento de la moral. Pintores vieneses como Gustav Klimt o Egon Schiele mostraron esta fascinación por el sexo y el hedonismo en sus cuadros. En otras palabras, estas nuevas ideas sobre la mente generaron consenso y pasaron a formar parte de la cultura de lo mental. Eran necesarias para un modelo social que estaba cambiando.

La noción de inconsciente también implica la idea de que en la mente pueden encontrarse las verdaderas intenciones, las motivaciones puras del ser humano. Invitará a las personas a una introspección, en la que hallarán su verdadero ser, mientras que las relaciones sociales serán consideradas como el lugar en el que se distorsiona y falsifica nuestra auténtica esencia. Según Freud, al relacionarnos socialmente ocultamos nuestros deseos, puesto que, si tratamos de satisfacerlos, la sociedad puede sumirse en el caos. La visión de la mente del individuo como portadora de la verdad fomentará una perspectiva individualista, dejando lo social en un plano secundario. La mente pasará a ser entonces una de estas características individuales e intransferibles, cuyo modo de funcionar intrincado y personal no merecerá la pena compartir si no es con un especialista. A principios del

siglo xx, este punto de vista era necesario, entre otras cosas, por cuestiones relacionadas con la sociedad de mercado. Por esa época se empezaba a promover el consumo en capas de la población que hasta entonces no habían tenido acceso al mismo. Y para potenciar el deseo de consumo era indispensable fomentar la idea de que cada individuo es único; aparecía como algo más deseable la agudización de las peculiaridades a través de la compra de productos que el hecho de valorar lo que se tenía en común con las personas cercanas. De esta manera, pudo convencerse a la gente de que adquiriese enseres superfluos para su supervivencia, pero que exhibían su individualidad.¹² No digo que la noción de inconsciente fuese explícitamente creada para facilitar este proceso, ni que fuese la única responsable, sino que surge en un momento histórico de cambios en el que jugó un papel.

La psicología también creó los tests, aportando la idea de que pueden puntuarse y cuantificarse algunos aspectos de la mente; asignar números a la inteligencia o a ciertos rasgos de personalidad, por ejemplo. Esta es una práctica muy arraigada en la cultura de la salud mental, ya que el enfoque cuantitativo es de vital importancia en la investigación que la sustenta.¹³ Pese a que una buena parte de profesionales están de acuerdo en que carece de todo sentido puntuar aspectos mentales o emocionales, la mayoría utiliza este enfoque o confía en él. Me parece interesante remarcarlo, porque ejemplifica cómo la inercia provocada por la cultura de la salud mental tiene más peso que la reflexión individual. No olvidemos que sus conceptos no son verdaderos ni falsos, sino hegemónicos. Así, pueden coexistir dos lógicas

12. Un pionero de la publicidad fue Edward Bernays, sobrino de Freud, que se basó en los principios del psicoanálisis para diseñar campañas publicitarias. Es conocido porque consiguió, tras ser contratado por la empresa Lucky Strike, que las mujeres empezasen a fumar en la década de 1930, cuando solamente lo hacían hombres. Su campaña se llamó «Antorchas de libertad» y hacía referencia a que los cigarrillos encendidos traían una libertad que la mujer debía reclamar.

13. Simplificando mucho, este enfoque consiste en puntuar las experiencias y características de la persona a través de tests, aplicar el tratamiento y volver a puntuarlas para ver si ha habido una reducción de las mismas.

contradictorias: no tiene sentido, pero se hace.¹⁴ Es necesario permitir esta contradicción, porque el enfoque cuantitativo es una base fundamental del sistema de legitimación de las disciplinas *psi*: la evidencia científica. Más adelante, cuando hablemos del modelo cognitivo-conductual, volveremos a esta cuestión.

Si nos centramos en las emociones, la psicología, o más concretamente la psicoterapia, ha generado lo que podríamos llamar una «cultura de lo emocional». Uno de los enfoques terapéuticos que han contribuido a determinar lo que entendemos por emoción es la terapia Gestalt, creada por Fritz Perls y Laura Posner en la década de 1950. Nos centraremos en la figura de Perls porque fue su cara visible y principal promotor públicamente. Sin embargo, no quiero dejar pasar la oportunidad de señalar la invisibilización de Laura como figura imprescindible para el inicio y desarrollo de la terapia Gestalt. Se la suele considerar únicamente como «esposa de Perls», pero lo cierto es que esta escuela terapéutica no existiría sin ella, puesto que fue responsable de muchos de sus desarrollos teóricos y prácticos.

La terapia Gestalt propone que es necesario satisfacer las emociones, y que esta satisfacción se ve dificultada por resistencias que pueden tomar diferentes formas y que obedecen a patrones adquiridos a lo largo de la vida. Una de las claves es centrarse en el «aquí y ahora», incluso cuando estos patrones provienen de otro momento vital anterior. Por ejemplo, centrarse en cómo una experiencia traumática en la infancia afecta a la persona en la actualidad. También es necesario transitar las polaridades de la experiencia emocional. Por ejemplo, para ser altruista necesito haber experimentado ser egoísta.¹⁵

14. Esto pasa con otras muchas cuestiones que los propios profesionales consideran ilógicas: cambiar constantemente el diagnóstico, sobremedicar, ofrecer una visión reduccionista, no hablar sobre el entorno de la persona y un largo etcétera.

15. Agradezco enormemente a Mónica la revisión de este apartado, sus contribuciones sobre terapia Gestalt han sido imprescindibles.

Perls estuvo involucrado en The Living Theater cuando vivió en Nueva York, una compañía de teatro experimental que también funcionaba como comunidad. Sus miembros utilizaban sus relaciones personales y el teatro para romper con las limitaciones establecidas, principalmente en el ámbito sexual, pero también en cuanto a los roles de poder. Otra de las barreras que pretendían quebrantar era la falsedad del teatro tradicional. Entre otras cosas, provocaron la participación de los espectadores en las obras, rompieron con la división director/actor e incluyeron contenido político y contracultural en algunas de sus representaciones.¹⁶ Esta experiencia influyó en gran medida en lo que la terapia Gestalt propondrá hacer con las emociones: expresarlas de forma directa, siempre y cuando sea posible. Para Perls, que había trabajado como médico en las dos guerras mundiales y tenía familiares que habían muerto en los campos de concentración nazis, esta perspectiva tenía mucho sentido. Observó que la sociedad hacía como si nada hubiese pasado y no reflexionaba sobre el horror que ella misma había producido. Por tanto, trató de combatir la hipocresía a través de la sinceridad.

Hay que entender que una cosa son las ideas de la Gestalt propiamente dichas y otra cosa son las ideas a las que la Gestalt ha aplanado el camino. Si la idea de Perls fue la de experimentar las emociones —y podía tener mucho sentido—, la cultura de lo emocional terminó simplificando todo en un modelo de catarsis en el que las emociones debían «vaciar-se». Así, seguramente sin quererlo, Perls allanó el paso a un entendimiento individualista de las emociones. Sus ideas se podían llevar hasta un lugar en el

16. Se considera que su obra principal fue *Paradise Now*, que consistía en una serie de acciones en las que involucraban al público. Por ejemplo, un acto consistía en una orgía entre actores y las personas espectadoras que quisieran unirse. Al final de la representación, sacaban a hombros a miembros del público y se invitaba a todo el mundo a salir a la calle corriendo. La policía acostumbraba a esperar fuera. Ideada en Europa, esta obra provocó que fueran censurados y detenidos en Estados Unidos. La representaron en pleno Mayo del 68, en el contexto de las protestas, e invitaron a todo el mundo a los ensayos al aire libre, que consistían en meditar, leer a autores de la contracultura o libros como el *I Ching* o la Biblia.

que fomentaban la ruptura con las normas sociales impuestas, pero también la de los lazos sociales. Muchos seguidores de Perls fueron miembros de la contracultura estadounidense de la década de 1960. Uno de los lugares más influyentes en ese entorno fue el Instituto Esalen, en California, donde se impartían talleres sobre un conjunto de corrientes, que acabó sintetizándose bajo la denominación de «Movimiento por el Potencial Humano». Perls y la Gestalt fueron figuras centrales de este movimiento. Tras esos años convulsos, muchos de los asiduos a este instituto acabaron ocupando profesiones con poder y visibilidad. Escritores, periodistas, artistas, políticos, psicólogos, profesores y un amplio etcétera habían acudido a sesiones grupales de Gestalt en aquellos años: Aldous Huxley, Susan Sontag, Henry Miller, Alan Watts, Joan Baez, Gregory Bateson, Carl Rogers, Maslow o Claudio Naranjo, son solo algunos ejemplos. No es de extrañar que una parte de estas ideas se transmitiesen a la cultura de lo emocional, a veces desvinculándolas de su creador y sus planteamientos originales.

La Gestalt no es la única responsable, ni mucho menos, de nuestra cultura de lo emocional. Pero creo que, junto con otras escuelas terapéuticas, goza de una posición importante a la hora de producir y poner en circulación ideas sobre lo emocional o lo mental. Esta confluencia de escuelas terapéuticas y de otros factores han generado una cultura de lo emocional individualista. Para muchas personas, este enfoque no siempre incluye la responsabilidad a la hora de expresar las emociones, de exigir apoyo incondicional o de considerar que cada cual debe solucionar sus problemas con su terapeuta. Ceñirse a procesos centrados en el «yo» puede llevar a deteriorar redes colectivas, romper relaciones de manera precipitada, dificultar el esfuerzo de comprender otras posturas, situar únicamente en el individuo la solución del malestar o promover actitudes egocéntricas. Es muy poco común que las diferentes escuelas terapéuticas se hagan cargo de las implicaciones sociales y culturales de sus ideas; tanto de las ideas originales como de sus inevitables distorsiones y simplificaciones. Da que pensar, puesto que las implicaciones de todo ello son enormes.

Cabe preguntarse qué habría pasado si Perls no hubiese estado en los frentes de las dos guerras mundiales, si no se hubiera

visto obligado a huir de Alemania por ser judío o si no hubiese tenido un padre autoritario. ¿Habría desarrollado entonces la terapia Gestalt? En ese caso, las herramientas que utilizan estos conceptos ¿serían útiles? ¿Funcionan por sí mismas o porque tenemos fe en esa concepción emocional? ¿Si tuviésemos otras ideas aplicaríamos otras estrategias?

En esta dirección apuntan algunas investigaciones que estudian la experiencia de las emociones en diferentes culturas o épocas históricas. La experiencia emocional, al menos en parte, se construye en función del momento histórico y el modelo social. Por ejemplo, el amor hacia los niños recién nacidos es una emoción que surgió hacia el siglo XVIII. Hasta ese momento, las pocas posibilidades de supervivencia aconsejaban frialdad. Lo mismo sucede con el amor en el matrimonio, que empezó a ser razonable cuando las familias empezaron a convertirse en unidades afectivas y no en unidades económicas. Otro ejemplo es el de la expresión emocional, tan diferente entre la cultura oriental y la occidental. En países que tienen una perspectiva colectivista (China, por ejemplo), se tiende a animar a la persona a contener lo que siente. Se ha propuesto que esto no se debe a una represión de las emociones, sino a que estas son consideradas poco importantes por ser una experiencia interna y no colectiva. Por su parte, en los países individualistas (como Estados Unidos o algunos países europeos), se anima a expresar y no guardarse nada, ya que lo que le sucede al individuo internamente se estima muy relevante. Una consecuencia de esto es que la intensidad de las emociones es mayor en países individualistas y menor en los colectivistas.¹⁷ Nada parece indicar que sea mejor una perspectiva que otra, puesto que los criterios de bienestar son difíciles de concretar, sobre todo a gran escala. Además, la valoración del bienestar está, en sí, condicionada por la cultura. Otros contextos pueden apreciar más la armonía grupal, el sufrimiento en aras de

17. Darío Páez, Itziar Fernández y Sonia Mayordomo: «Características alexitímicas y diferencias culturales», en D. Páez y M. M. Casullo (eds.), *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos lo que sentimos?*, Paidós, Buenos Aires, 2000, pp. 51-71.

valores elevados o la cultura del «trabajo duro». Así pues, no existe una versión correcta o definitiva de cómo funcionan las emociones, no se puede decir que el objetivo de las personas o las sociedades deba ser necesariamente el bienestar y, si así fuese, no existen unos criterios cerrados para definirlo. La importancia y centralidad de ciertas emociones cambia con el momento histórico y hay algunas que en una época son problemáticas y en otras son una vivencia normativa (como el amor).¹⁸

Podríamos decir que la gestión emocional adecuada es aquella que encaja con la visión que el sujeto tiene sobre sus emociones, que suele ser transmitida por su cultura, la sociedad y el entorno. Hay una parte de la experiencia emocional que puede entenderse como una respuesta fisiológica ante una circunstancia. Pero existe otra parte que está determinada por nuestra forma de entender el mundo y está integrada en un entramado de significados, interpretaciones, educación, política, cultura y relaciones personales. Las terapias explican cómo funciona una emoción y ofrecen estrategias acordes con dicho funcionamiento. En este sentido, están en una posición de gran relevancia en ese entramado, puesto que determinan la vivencia emocional de una sociedad. Sin embargo, tanto en psicología como en psicoterapia hay un completo desconocimiento de esta responsabilidad. Los profesionales no se sienten parte de la cultura que les da forma y a la que dan forma. Si las terapias funcionan es por el modo en que sus propuestas interaccionan con ese contexto; si pusiésemos a un psicoanalista o un terapeuta Gestalt en el siglo xv, sus estrategias no funcionarían del mismo modo que en la actualidad.

Hemos hablado de las vertientes psicoanalítica y Gestalt de la psicoterapia, pero no podemos dejar de lado el modelo actualmente hegemónico en psicoterapia: el modelo cognitivo-conductual. Como su nombre indica, este nace de la confluencia entre otros dos modelos anteriores: la terapia cognitiva y el conductismo.

18. Rob Boddice: *The history of emotions*, Manchester University Press, Manchester, 2018.

La terapia cognitiva nace de la mano de Aaron Beck. Para este autor lo importante no es lo que nos sucede, sino lo que pensamos sobre lo que nos sucede. Este diseñó esta terapia para tratar la depresión a través de la discusión y la modificación de los pensamientos que la provocan. Propone toda una tecnología de transformación de pensamientos y, por tanto, de interpretación de la realidad. Simplificando mucho el proceso, un pensamiento como «todo lo hago mal» puede convertirse en «a veces puedo cometer equivocaciones, como todo el mundo». Un razonamiento que puede estar en el origen de una depresión puede ser sustituido por otro, en aras de disminuirla. Este enfoque, explicado de un modo rudimentario, utiliza más estrategias, aunque el cambio de pensamientos es su «seña de identidad».

Para la cultura de la salud mental, este esquema supuso la aportación de una serie de ideas. En primer lugar, una visión de lo que sucede en la mente mucho menos caótica que la del psicoanálisis. Este punto de vista permite que la persona aprenda a ser consciente de sus pensamientos y a modificarlos cuando lo considere necesario. Este cambio sucede, en primer lugar, hablando con el terapeuta; después, la persona aprende a hacerlo por sí misma. La mente se convierte en un terreno sobre el que operar. La terapia cognitiva proporciona un mapa y una serie de herramientas, porque estima que es posible trazar ese mapa y utilizar esa serie de herramientas sobre la mente. Esta última noción es de vital importancia para la cultura de la salud mental. Hasta entonces, se creía que solo era posible cambiar los pensamientos mediante la persuasión, la manipulación o el debate, pero con el enfoque cognitivo aparece la opción de hacerlo individualmente, si se cuenta con el asesoramiento adecuado.

El modelo cognitivo pone el pensamiento en un lugar central. Las emociones vienen después, apareciendo en función de cómo se interpreta o se piensa una situación. La idea de que si cambias tus pensamientos alcanzas el bienestar se ha convertido en un *leitmotiv* de la cultura de la salud mental. Esto ha abierto la puerta a ciertas interpretaciones que han sintetizado la terapia cognitiva hasta el absurdo. Si bien esta abrió paso a una consideración de la mente como responsabilidad del individuo, esta idea se ha

elevado al nivel de un mandato moral. Dado que los pensamientos pueden controlarse con la terapia, surge el deber de controlarlos. Como veremos en el siguiente apartado, la cultura de la salud mental adoptó esta idea rápidamente y el neoliberalismo la exprimió tras simplificarla: «si puedes, debes; si no lo haces, no te quejes».

El problema es que estas herramientas no son tan efectivas. Es decir, que querer no implica conseguir. Los pensamientos no cambian de manera simple y rápida, las emociones tampoco. Los propios terapeutas, al menos la mayor parte, señalan que estos procesos son lentos y que todo es mucho más complejo de lo que reza el mantra simplificador de «querer es poder». No obstante, no es importante lo que los terapeutas digan, sino las ideas que acaban formando parte de la cultura de la salud mental. La versión simplificada de la terapia cognitiva indica, sin matices, que los pensamientos son modificables. De nuevo, las ideas que forman parte de la cultura de la salud mental no son verdaderas ni falsas, son las que provocan consenso social.

Por su parte, el conductismo difiere de los planteamientos anteriores. Especialmente la corriente llamada «conductismo radical». Según este enfoque, los aspectos internos de la persona (pensamientos, emociones, valores...) no pueden observarse, lo único que puede contemplarse y, por tanto, ser estudiado es su conducta —en la que se integran todo tipo de acciones, incluyendo la utilización del lenguaje—. No es que se niegue la existencia de la mente ni de las emociones, simplemente se niega la posibilidad de conocerlas. Esta perspectiva ha sido criticada por muchas razones, principalmente por su enfoque mecanicista, por el reduccionismo de sus planteamientos y por el peligro de que se convierta en una herramienta de control social. B. F. Skinner, el teórico más representativo de esta perspectiva, explicitaba su deseo de que fuese útil para diseñar una sociedad mejor a través del refuerzo y el castigo.¹⁹ Otras figuras del conductismo, como John B. Watson o Clark L. Hull, compartían el deseo de cambio social, aunque sus ideas acerca de esta cuestión no llegaron a estar tan

19. Skinner plasmó estas ideas en dos libros: un ensayo titulado *Más allá de la libertad y la dignidad* y su novela *Walden dos*.

definidas como las de Skinner.²⁰ En la práctica, el conductismo ha dado pie a una buena cantidad de estrategias terapéuticas para intervenir sobre problemas de salud mental. La mayor parte de ellas no están relacionadas con el control social o con un enfoque autoritario, o no mucho más que en otras terapias. Sin embargo, se le conoce principalmente por su uso en lugares de encierro, tales como prisiones, hospitales psiquiátricos o centros de menores. De hecho, hasta la aparición de los psicofármacos, la economía de fichas fue la más utilizada en hospitales psiquiátricos estadounidenses.²¹ También se ha empleado en escuelas, empresas y publicidad. De modo instintivo, ya venían utilizándose premios y castigos en todos estos lugares. Con la aparición del conductismo, estas medidas fueron perfeccionándose, permitiendo clasificar y señalar qué tipo de premio o castigo debía aplicarse en función del tipo de conducta que se deseaba incrementar o disminuir. Me parece muy interesante esta contradicción tan peculiar entre el conductismo y lo utópico, entre la transformación social y el control social. Creo que refleja muy bien cómo aquellas ideas que los profesionales consideran que pueden ayudar a la gente pueden tener consecuencias sociales más allá de su control en según qué contextos. No son herramientas neutrales. Pero también hay que reconocer que la mayor parte de terapeutas conductistas no utilizan estas herramientas para ejercer un poder, tampoco para mejorar la sociedad, sino para centrarse en problemas considerados individuales. En general, son completamente ajenos a este tipo de

20. John A. Mills: *Control. A History of Behavioural Psychology*, New York University Press, Nueva York, 1998.

21. Los programas de economía de fichas eran una manera de sistematizar los refuerzos y castigos para fomentar o inhibir determinadas conductas. En primer lugar, se le quitaba al paciente todo privilegio (p. ej. el tabaco, los paseos al aire libre, las visitas...). Si el paciente incurría en ciertos comportamientos, se le proporcionaban fichas que después podría canjear a cambio de estos privilegios. Si no incurría en ellos, o presentaba conductas que era deseable reducir, se le quitaban fichas. Estos programas fueron objeto de controversia en Estados Unidos, donde se llevaron a juicio en muchas ocasiones durante la década de 1960. En la actualidad se siguen utilizando, aunque desde el apogeo de los psicofármacos ya no son el elemento central de los hospitales psiquiátricos.

reflexiones y están alejados del estereotipo de conductista represor y sediento de poder. Habitualmente, la realidad es más compleja respecto a lo que plantean los conductistas, pero también respecto a lo que plantean algunas de las críticas que reciben.

Para no redundar en las tradicionales críticas al conductismo, me interesa señalar algo que considero fundamental para la cultura de la salud mental y que creo que tiene su origen en esta corriente: la noción de «omnipotencia». Leer acerca de esta escuela terapéutica proporciona la sensación de que prácticamente cualquier conducta puede ser controlada. Es posible que el propio Skinner desarrollase su visión de una sociedad conductista al acostumbrarse a vivir con esta sensación. Por supuesto, en la realidad el conductismo choca con una limitación esencial: el ser humano no es una máquina sencilla de doblegar. Es sabido que muchos niños mantienen sus conductas pese al castigo, que los presos encuentran métodos para escabullirse del control, que en las escuelas se sigue copiando en los exámenes y que los premios no siempre sirven para promover buenas (o malas) acciones. El conductismo no es omnipotente, pero insisto en que da la impresión de serlo.

Esta sensación de omnipotencia, independientemente de su realismo, atraviesa la cultura de la salud mental. Creo que está en el origen de las promesas de los libros de autoayuda de acabar con el hábito de fumar en diez días, aprender a llevar una dieta sana en dos o tener más asertividad a través de una recopilación de relatos motivacionales. También puede ser el origen de que se acuda a terapia con la idea de *quitar* la ansiedad o *curar* la depresión. Pero lo que más me interesa es que puede estar en la raíz de la idea del profesional como alguien con un poder casi mágico, sea porque el propio profesional se ha acostumbrado a la sensación de omnipotencia propia de los manuales de terapia (en los que todo cambio parece posible y sencillo), sea porque es el paciente quien da por sentado que el profesional tiene, de forma inherente, más poder que él. Esta omnipotencia imaginaria se transfiere a las prácticas de salud mental. Que los terapeutas relativicen lo que está a su alcance, o afirmen que la terapia no es una panacea, no puede competir con esta idea que ya forma parte de la cultura de la salud mental.

La confluencia entre la terapia cognitiva y la conductista ha dado lugar al modelo cognitivo-conductual, una de cuyas principales señas de identidad es la validación a través de la evidencia científica. Y, si bien no es el primero que la utiliza, es el que ha dado más importancia a esta cuestión. La literatura sobre psicoterapia está llena de estudios en los que se comparan tratamientos cognitivo-conductuales con otros basados en enfoques distintos. De manera casi sistemática, en estas investigaciones el modelo cognitivo-conductual es el que consigue mayores tasas de eficacia. No voy a entrar en la cuestión de si tiene sentido elaborar evidencia científica en salud mental a través de valoraciones exclusivamente cuantitativas, ni en cómo se crean de manera subjetiva los criterios que luego sirven para diseñar discursos en términos de objetividad. Me conformo con señalar el hecho de que estos criterios se han convertido en los únicos válidos.

Esta primacía dada a la evidencia tiene su origen en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), una corriente que propone clarificar qué tratamientos médicos funcionan, con el objetivo de unificar las prácticas. Tiene mucho sentido que un movimiento así surja en la medicina relacionada con el cuerpo, pero cabe preguntarse si este discurso puede adaptarse a un campo como el de la salud mental, en el que las experiencias son subjetivas y, como hemos visto, pensamientos y emociones son conceptos altamente inestables. La MBE utiliza criterios objetivos relacionados con el cuerpo, por ejemplo, la disminución de la temperatura o del colesterol. En salud mental no es posible encontrar este tipo de parámetros cuantificables, por lo que, si hablamos de manera rigurosa, las conclusiones acerca de la efectividad de una determinada terapia no pueden ser objetivas. Además, la mayor parte de personas suelen reducir sus niveles de sufrimiento psíquico por sí mismas, sin ayuda profesional. Si la búsqueda de evidencia fuese imparcial y realmente científica, esto sería prioritario en las investigaciones llevadas a cabo. También hay que señalar que, en la mayoría de estudios, los tratamientos se implementan en condiciones idóneas que raramente pueden replicarse en la práctica real.

El problema no es la evidencia científica en sí misma. Es perfectamente razonable querer acercarse a la objetividad, y sería de gran ayuda que se encontrasen estrategias que fuesen eficaces de manera indiscutible. Sin embargo, se ha ensalzado la objetividad de tal manera que la subjetividad ha sido situada como algo de lo que hay que desconfiar. La cultura de la salud mental ha adoptado una noción muy simplificada y, además, es muy poco consciente de ello. Se utiliza la evidencia científica como un sello de veracidad, de manera acrítica. Desde mi punto de vista, puede hablarse sobre ella en salud mental, pero no sin problematizarla, debatirla o reflexionar acerca de ella. Existe una aproximación a esta evidencia, en proceso de mejora, que debe funcionar junto con otros criterios de validación. No considero que sean incompatibles o que haya que escoger uno de ellos. La cultura de la salud mental ha adoptado esta versión de la evidencia científica. No obstante, hay prácticas que no tienen evidencia científica todavía, otras que sí, pero que se aplican de modos muy dispares, y otras que tienen la evidencia en contra de su utilización. La cultura de la salud mental no es científica de manera estricta, ya que una buena parte de las ideas y prácticas que la componen no lo son. Pero sí necesita que la gente confíe en ella. Para ello utiliza diferentes estrategias. Una de ellas son los protocolos, y el modelo cognitivo-conductual es uno de los mayores productores de protocolos. Estos suelen consistir en una serie de sesiones, formadas por un conjunto de técnicas que se deben ir implementando. Sin embargo, en la práctica real es muy extraño que se utilicen de manera estricta. En general, sirven para desarrollar estrategias que se van poniendo en práctica según las necesidades cambiantes de la persona y raramente se siguen los pasos en un determinado orden. Los protocolos, por tanto, no están para ser seguidos de manera estricta. Entonces ¿por qué desarrollarlos? Creo que una de sus funciones es la de reforzar la confianza en las prácticas en salud mental. Una persona no confiaría en profesionales que explicasen una manera de funcionar improvisada, acorde al momento concreto y con niveles de evidencia científica variables.

Los protocolos, entre otras cosas, sirven para dar la sensación de orden y seguridad.

Que el modelo cognitivo-conductual ha proporcionado una serie de estrategias útiles es incuestionable. Pero, por otra parte, eso ha supuesto la homogeneización de las intervenciones, la clausura de debates que todavía no están (y quizá nunca estén) resueltos, así como la invisibilización de otras propuestas. Desde mi punto de vista, es el último paso de un proceso histórico de selección natural de ideas aportadas a la cultura de la salud mental por parte de las disciplinas *psi*.²² Este proceso sigue adelante y, el día en que su época haya pasado, otro modelo tomará su lugar y pasará a ser considerado el más eficaz. No es mi intención señalar que las psicoterapias no sirven o que no tienen fundamento alguno. Antes bien, trato de señalar que son útiles precisamente porque se han construido socialmente en un determinado contexto. El hecho de que cambien acorde a los procesos históricos no es malo, sino bueno. Lo que no tiene sentido es negarlo e imponer los discursos. Las escuelas terapéuticas proporcionan visiones sobre el ser humano que afectan a la vida de las personas y a la sociedad. El hecho de que puedan ayudar en ciertas situaciones o que muchos terapeutas desempeñen una actividad razonable no implica que las consecuencias de sus prácticas terminen ahí.

Cultura de la salud mental y neoliberalismo

En las últimas décadas, la cultura de la salud mental ha sufrido algunas modificaciones para adaptarse al modelo económico neoliberal imperante en la actualidad. Aunque ya hemos dado alguna pincelada al respecto, creo que es importante desarrollar un

22. En la actualidad, coexisten muchos más enfoques terapéuticos. Si he decidido representar la situación actual a través del modelo cognitivo-conductual es por su posición hegemónica. Otras propuestas derivadas de este modelo están compitiendo por ver cuál será la siguiente en ostentar la primera posición.

poco más esta cuestión. De un modo muy esquemático, podemos definir el neoliberalismo como una escuela de pensamiento de la cual surge una determinada manera de entender las relaciones entre el mercado, el Estado y la población. La perspectiva neoliberal propone que el mercado se regula a sí mismo y que las injerencias del Estado sobre esta autorregulación suponen ataques a la libertad de las personas. En la práctica, esto se ha traducido en políticas de desmantelamiento y privatización de servicios públicos (educación, sanidad, etc.), con el objetivo de que empresas privadas puedan hacerse cargo de ellos y obtener beneficios. Por poner dos ejemplos, para el neoliberalismo las ayudas que el Estado puede proporcionar a las personas en situación de desempleo, o con muchos hijos a cargo, en lugar de modificar su situación vital solamente servirán para perpetuarla.

Pero este no puede reducirse a una doctrina económica. También incluye una serie de ideas filosóficas y políticas sobre el ser humano. Se considera que el momento fundacional de esta doctrina fue una reunión en París en 1938.²³ En ella se sentaron sus bases teóricas, principios y estrategias. También se decidió el nombre que tomaría. Una de las propuestas fue el término «individualismo», antes de que «neoliberalismo» saliese triunfante. Este dato anecdótico evidencia el núcleo fundamental de esta escuela de pensamiento. Nos interesa porque, como hemos visto, la cultura de la salud mental ha ido incorporando las ideas que hacen referencia al individuo en términos de independencia respecto al contexto social. Estas cobraron relevancia en la década de 1970, cuando se comienza a experimentar con ellas.²⁴ Sin embargo, fue en los ochenta cuando se produjo una profunda

neoliberalización en muchos países.²⁵ Pese a que la puesta en práctica de sus principios no ha sido completa (el neoliberalismo estricto es considerado una utopía inalcanzable), en la actualidad este es el modelo hegemónico. Debido a que esta doctrina está determinando nuestro contexto de manera significativa, considero interesante analizar el trasvase de ideas entre esta y la cultura de la salud mental.

Una idea fundamental del neoliberalismo es que la libertad del individuo es sagrada, por lo que el Estado no debe interferir en ella. Sin embargo, esta idea presenta excepciones, es decir, hay individuos cuyas vidas sí que pueden ser reguladas por las instituciones. Creo que este precepto de «libertad para lo normal, regulación para lo no normal» está también presente en la cultura de la salud mental. Esto es especialmente importante para ciertos diagnósticos (los primeros ejemplos que se me ocurren son esquizofrenia o trastorno bipolar) que llevan la marca de la excepción, por lo que van a ser más proclives a la regulación. Esta última puede ser más sutil o más evidente, simbólica o a la fuerza, en ocasiones ni siquiera parecerá que está presente, pero lo importante es que esa marca de la excepción permanece y supone un terreno preparado para la intervención.

¿Qué pasa con las personas que no manifiestan sufrimiento psíquico o que lo sobrellevan? El neoliberalismo propone libertad respecto al Estado, no respecto al mercado. La sociedad debe estar sujeta a las fluctuaciones de este último, el cual, completamente libre de injerencias, se supone que resuelve los problemas de forma espontánea. Siguiendo esta lógica, quien no manifiesta un malestar diagnosticable se libra del sistema de salud mental, pero sin dejar de ser un campo igual de fértil para la mercantilización de su mente y sus emociones. Para la cultura de la salud mental, las instituciones regulan la excepción y el mercado regula la norma, aunque a veces se cambien los papeles. Así, no es casualidad que, a medida que

23. En esta reunión participaron decenas de intelectuales y se la conoce como «Coloquio Lippmann».

24. El ejemplo paradigmático fue Chile. Este país, durante la dictadura de Pinochet, sufrió una agresiva privatización de los servicios públicos. Estas políticas fueron ideadas por los llamados «Chicago Boys», un grupo de economistas neoliberales capitaneados por Milton Friedman y enviados por Estados Unidos. El caso chileno también es paradigmático por el vuelco que supuso respecto al régimen socialista de Salvador Allende.

25. En esta ocasión, el ejemplo es Inglaterra, que bajo el mando de Margaret Thatcher vio cómo se desmantelaban su industria y los servicios públicos, pese a la fuerte resistencia de los sindicatos.

el programa neoliberal ha ido ganando influencia, se ha generado un incremento de los productos de consumo destinados a la optimización de la mente y las emociones de los individuos. Los libros de autoayuda, pese a que existen desde hace décadas, son cada vez más influyentes. La cantidad de escuelas terapéuticas se ha incrementado de forma absurda y ha desbordado los límites de la psicología. El «crecimiento personal» es algo prácticamente obligatorio. La inteligencia emocional figura en los temarios de muchas escuelas. La tecnología ha permitido la aparición de programas y aplicaciones para entrenar la memoria y la concentración. Todo esto ha emergido gracias a que la mente y las emociones se han convertido en *clientes* de ciertos productos y servicios.

Dado que el mercado ofrece los productos necesarios para que la persona no se rompa, el individuo es el responsable último de su malestar. Debe «pensar en positivo», «creer en sí mismo» y «aprovechar las circunstancias adversas para reinventarse». De otro modo está «poniendo excusas», «exagerando» o «haciéndose la víctima». Al culpar al individuo, se exime de responsabilidad al contexto social y económico. Los problemas de desempleo, las relaciones interpersonales, las infancias abusadas, la precariedad laboral, el acoso escolar, el racismo, los conflictos familiares o el aumento del alquiler no son verdaderos obstáculos. Al no conectar su malestar con las condiciones sociales y económicas, el individuo se siente único e independiente respecto de aquellos con quienes comparte unas mismas condiciones. Sus problemas son solo suyos. La cultura de la salud mental ha incorporado esta idea de que la mente es individual, que tiene un poder absoluto sobre el sufrimiento y que aprender a utilizarla de una determinada manera erradica el malestar. En definitiva, que es independiente de las condiciones sociales. Quien no tiene un salario decente puede pensar que se debe a que es un vago o a que el mercado laboral le ha precarizado. En los libros de autoayuda o en las consultas de psicoterapia no oír hablar de esa segunda opción. Tampoco lo mentarán sus compañeros de trabajo.

Otro ejemplo a través del cual se muestra esta responsabilización individual de los problemas puede observarse en la violencia machista. En este caso, los hombres que agreden a mujeres son

considerados individuos problemáticos, únicos responsables de la violencia que ejercen. En estas situaciones, la educación patriarcal recibida y los modelos de masculinidad agresivos quedan excluidos de la ecuación. Acotar la violencia sexista a los conflictos emocionales o mentales del agresor evita señalar el papel que juega el modelo patriarcal. De este modo, la solución pasa por intervenir únicamente sobre los agresores y no por proponer un marco de comprensión más amplio y a largo plazo. No obstante, gracias al auge del feminismo, en los últimos años se está incrementando el peso atribuido a los factores sociales.

Un producto muy importante para el modelo neoliberal es el de los psicofármacos, de aparición relativamente reciente. Hasta los años ochenta del siglo pasado, se utilizaban los llamados «tranquilizantes», pero no por cómo afectaban a la mente, sino porque relajaban el cuerpo. Es en esa época cuando la psiquiatría se reformula en Estados Unidos. Aparece el DSM-III, confirmando la primacía del modelo biologicista. Además, surgen los psicofármacos tal y como los entendemos hoy en día. Para extender su consumo hasta los niveles actuales tuvieron que hacerlos atractivos. Aparecieron nuevos nombres para los mismos compuestos. Términos como «antipsicótico» o «antidepresivo» daban la impresión de que eran la respuesta definitiva a la psicosis o la depresión. Todo fue acompañado de campañas publicitarias en las que se invirtieron grandes sumas de dinero.

No sorprenderé a nadie si digo que esta medicalización de la sociedad no tiene como objetivo el bienestar de la gente, sino el beneficio económico. A las personas con diagnósticos de salud mental llamados «graves» se les sobremedica, y cada uno de estos diagnósticos implica que las empresas farmacéuticas ganen dinero. Muchas personas sobremedicadas no pueden trabajar, por lo que puede entenderse que su forma de ser productivas es consumir psicofármacos. Además, estos empezaron a ser utilizados para tratar situaciones que iban más allá del sufrimiento psíquico. Un ejemplo habitual es el gran porcentaje de mujeres mayores que toman ansiolíticos o antidepresivos para no explotar y preocupar a sus familias. Otros individuos toman psicofármacos para poder continuar yendo a trabajar pese a tener

problemas para dormir, para intentar calmar su ansiedad o para sobrellevar un duelo. Todo esto tiene que ver, al menos en parte, con mantener un modelo social intacto. Si los psicofármacos no ayudasen a sostenerlo, no se utilizarían. Si solo produjesen bienestar y no implicasen productividad o beneficio económico, no se emplearían del mismo modo en que se usan hoy en día. Esta confusión entre bienestar y productividad es consecuencia directa del neoliberalismo, y cada vez está más presente en la cultura de la salud mental.

El uso de psicofármacos está basado en la investigación científica. Sin embargo, la evidencia científica también respalda otras perspectivas no biologicistas que no tienen la misma visibilidad. Muchos estudios han señalado diversos factores como posibles causas de los problemas de salud mental: desde abusos sexuales en la infancia²⁶ hasta estar en situación de desempleo;²⁷ desde consumir drogas²⁸ hasta sufrir un desahucio;²⁹ desde el aislamiento social³⁰ hasta haber presenciado actos de violencia;³¹ desde estar obligado a migrar a otro país³² hasta nacer en una

familia con ingresos económicos bajos.³³ En todo ello la biología juega un papel, dado que somos un cuerpo (con un cerebro) en el que suceden y resuenan experiencias. Pero cada vez con más frecuencia se pone en tela de juicio que la biología sea el único factor que debamos tener en cuenta, incluso se cuestiona que sea el principal. Para muchas personas, ya no se trata de un desequilibrio químico, sino de un desequilibrio social. Sin embargo, rechazar el biologicismo no es equivalente a negar la biología. La biología es compatible con otras explicaciones, como las que aparecen en este párrafo que, al contrario, son excluidas por el biologicismo. Lo primero es un factor, lo segundo una ideología.

Hemos observado diferentes formas en las que el neoliberalismo afecta a la cultura de la salud mental. Pero también podemos realizar el camino inverso y observar de qué manera esta última afecta al primero. En este sentido, un factor importante es la psicoterapia. En el apartado anterior hemos hablado brevemente sobre el Instituto Esalen, epicentro del «despertar espiritual» y de la contracultura estadounidense de los sesenta. En el año 2017 este instituto cambió su funcionamiento y gran parte de sus talleres están dirigidos hoy principalmente por y para ejecutivos de empresas de Silicon Valley. Los talleres versan sobre depresión y tecnología, sobre cómo hacer negocios con conciencia plena o sobre «detox» digital. También tienen un peso importante el yoga, el *mindfulness* y otras prácticas de conciencia corporal. Una de sus metas principales es ayudar a los ejecutivos a reflexionar sobre cómo las empresas para las que trabajan afectan a la vida humana y para ello utilizan diferentes enfoques terapéuticos.³⁴

26. Javier Erro: «Guardar el secreto. La invisibilización del Abuso Sexual Infantil», *Kamchatka*, Valencia, 2017, pp. 379-373.
27. Mattias Strandh, Anthony Winefield, Karina Nilsson y Anne Hammarström: «Unemployment and mental health scarring during the life course», *European Journal of Public Health*, Oxford, 2014, pp. 440-445.
28. Emma Barkus y Robin Murray: «Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship», *Annual Review of Clinical Psychology*, Londres, 2010, pp. 365-389.
29. Julia Bolívar Muñoz, Mariola Bernal Solano, Inmaculada Mateo Rodríguez, Antonio Daponte Codina, Cecilia Escudero Espinosa, Carmen Sánchez Cantalejo, Isis González Usera, Humbelina Robles Ortega, José Luis Mata Martín, M.ª Carmen Fernández Santaella y Jaime Vila Castellar: «La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio», *Gaceta Sanitaria*, 2016, pp. 4-10.
30. Jingyi Wang, Brynmor Lloyd-Evans, Domenico Giacco, Rebecca Forsyth, Cynthia Nebo, Farhana Mann y Sonia Johnson: «Social isolation in mental health. A conceptual and methodological review», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2017, pp. 1.451-1.461.
31. Kelly E. Buckholdt, Nicole H. Weiss, John Young y Kim L. Gratz: «Exposure to violence, posttraumatic stress symptoms, and borderline personality pathology among adolescents in residential psychiatric treatment: the influence of emotion dysregulation», *Child Psychiatry & Human Development*, 2015, pp. 884-892.
32. Carla Theresa Hilario, John L. Oliffe, Josephine Pui-Hing Wong, Annette J.

Browne y Joy Louise Johnson: «Migration and young people's mental health in Canada. A scoping review», *Journal of Mental Health*, 2015, pp. 414-422.

33. Laura Perna, Gabriele Bolte, Heidi Mayrhofer, Gabriele Spies y Andreas Miellk: «The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city. An analysis with data from the city of Munich», *BMC Public Health*, 2010.
34. Algunos ejemplos de estas empresas son Apple, Facebook, Google, Tesla, Twitter o Paypal. Puede leerse un reportaje sobre este tema en el siguiente enlace: bit.ly/3ptYbvg.

Eva Illouz, en su libro *Intimidades congeladas*, habla sobre cómo la psicoterapia afectó al mundo laboral. Entre otras cosas, permitió que los trabajadores, especialmente hombres, dejaran a un lado su rudeza y virilidad para adoptar unas maneras más suaves. Esto tuvo como consecuencia una mayor adaptación a un mundo profesional que se basaba cada vez más en el sector servicios. En este, las habilidades emocionales y la comunicación afectiva son de vital importancia. Los discursos de la psicoterapia fueron calando en la sociedad a través de libros, películas, programas de televisión, revistas del corazón, charlas, etc. Internet ha difundido versiones aún más reducidas de estos discursos. En las redes sociales, puede observarse que muchas personas publican fotos de su vida cotidiana acompañadas de frases que hacen referencia a grandes objetivos vitales (con los que no suelen estar relacionadas). De este modo, la prédica psicoterapéutica afecta a lo que las personas entienden por «mente», «emoción» o «malestar», sin que necesariamente hayan pasado por una consulta. Es posible que la imagen de los ejecutivos de Silicon Valley haciendo retiros espirituales, entrenando la conciencia corporal, participando en abrazos colectivos y haciendo catarsis con la culpa derivada de su trabajo sean la versión más actualizada de este proceso de transformación.

Una figura importante para analizar la vinculación entre neoliberalismo y cultura de la salud mental es Werner Erhard, fundador del Erhard Seminars Training, que en la década de 1970 empezó a impartir cursos de crecimiento personal. En grupos de doscientas personas, Erhard y sus entrenadores las confrontaban, invitándolas a estar en el presente, a mostrar lo que realmente eran y no lo que les habían dicho que tenían que ser. Estas solían vivir experiencias emocionalmente intensas. Se utilizaban técnicas de meditación, visualización de experiencias traumáticas, privación sensorial, insultos, pensamiento positivo, sugestión y otras estrategias, para provocar estados alterados de conciencia en los asistentes.³⁵ Cientos de miles de personas pasaron por sus

cursos. Su principal atractivo eran las grandes sumas de dinero que acumulaba y su inteligencia en el mundo del *business*, no tanto como sus competencias emocionales. Sin embargo, Erhard fue un seguidor del Movimiento por el Potencial Humano. Muchas de las estrategias que utilizaba en sus seminarios estaban inspiradas en técnicas psicoterapéuticas.

En cierto modo, este aceleró la vinculación entre bienestar emocional y éxito económico. El actual modelo del «empreendedor» es un claro ejemplo de esto. El éxito es independiente de la adversidad de los acontecimientos, e incluso podría decirse que a mayor adversidad, mayor proliferación de este tipo de discursos y mayor presión sobre el individuo. De nuevo se produce esta confusión entre bienestar y productividad. Asociado a este tipo de éxito laboral hay un mito central: «Si te esfuerzas conseguirás tus sueños». Por supuesto, el esfuerzo acostumbra a tener recompensa. Pero esta recompensa no suele consistir en fundar una compañía multimillonaria, acceder a un puesto de dirección de tu empresa o desarrollar un producto innovador y rentable en extremo. En la realidad, la lógica del esfuerzo neoliberal no está basada en que este equivalga al éxito, sino en que la ausencia de esfuerzo equivale a fracaso. Lo cual se traduce en: «Si fracasas es porque no te esfuerzas lo suficiente». Ciertamente, algunas personas no consiguen éxito por falta de esfuerzo, pero la inmensa mayoría de los que no tienen trabajo o tienen uno precario no se encuentran en esta situación debido a su falta de sueños ni de iniciativa. No se analizan las legislaciones laborales ni las condiciones económicas de la familia, por ejemplo. Si el responsable es el individuo, su cerebro, sus emociones, sus expectativas, su entusiasmo o su optimismo, es irrelevante vivir en una sociedad o en otra. Esto puede ejemplificarse con una conocida frase de Margaret Thatcher: «La sociedad no existe».

Otro resultado de la influencia de Erhard y la psicoterapia es el *coaching*. Si bien no todos los *coaches* están enfocados al mundo de los negocios, es cierto que, cada vez más, el mundo laboral está impregnado de este enfoque. Su filosofía también está cada vez más presente en la cultura de la salud mental debido a que es lo que mucha gente busca en un terapeuta.

35. Una descripción del desarrollo de estas sesiones puede encontrarse en el siguiente enlace: bit.ly/2Xw2ZEs.

Además, una cantidad creciente de psicoterapeutas adoptan el lenguaje y las maneras asociadas a los *coaches*. Y también sucede a la inversa, muchos *coaches* reciben formación en psicoterapia. En consecuencia, la cultura de la salud mental cada vez está más impregnada de esta responsabilización del individuo. Si en el neoliberalismo se le responsabiliza de su éxito económico, en salud mental se le responsabiliza de su malestar.

Antes incidíamos en la posibilidad de que se mantuvieran dos ideas contradictorias dentro de la cultura de la salud mental. En este caso, muy pocos psicoterapeutas rechazarán la idea de que el contexto social es de vital importancia. Sin embargo, en su análisis seguirán privilegiando los factores individuales. Los profesionales de la salud mental, debido a que consideran que sus disciplinas son científicamente neutrales, se resisten a la idea de que están siendo influenciados por el contexto social y económico. Esa inconsciencia hace que las ideas que surgen del neoliberalismo calen sin ningún tipo de resistencia. Nadie se plantea desarrollar herramientas para entender o afrontar el contexto social de la persona, y tampoco nadie se cuestiona por qué nadie las intenta desarrollar o habla sobre ello.

Creo que este individualismo afecta al modo en que se gestiona la salud mental, tanto a escala personal como social. En el ámbito personal, el malestar puede provocar sentimientos de culpa: «estoy haciendo algo mal», «no debería ser tan pesimista», «tengo una enfermedad». Y, socialmente, se produce un cierto desinterés por el malestar ajeno. Es muy habitual que las personas con sufrimiento psíquico mencionen que uno de sus principales problemas no son sus experiencias, sino el aislamiento derivado de estas. La ausencia de un trasfondo también puede generar culpabilización o llevar a responsabilizar al malestar en sí mismo como una anomalía aislada.

En la dirección opuesta, pero dentro del mismo individualismo, está la obligación de cuidar, por ejemplo, en el caso de las mujeres. Ellas se convierten en las únicas cuidadoras en la familia, teniendo que dejar de lado sus trabajos y recorridos vitales; a menudo, todo ese peso recae por tanto en una sola persona, en lugar de ser algo compartido y recíproco. También están

aquellas personas que exigen a su entorno la obligación de proporcionarle cuidados, pero sin responsabilizarse de manera sana de su propio malestar. En este último caso, la persona considera que es más importante su individualidad que lo colectivo, y que todo debe estar supeditado a aquella.

Por último, me gustaría señalar que las ideas aportadas por el neoliberalismo a la cultura de la salud mental interaccionan de manera compleja con los conceptos aportados por las disciplinas *psi*. En ocasiones hay un respaldo mutuo, como sucede con la farmacologización o la psicoterapia. Pero en otras ocasiones, existen diferencias de criterio. Por ejemplo, la idea de que hay que pensar en positivo porque hay que ser feliz a toda costa es rechazada por la mayor parte de profesionales de la salud mental. Sin embargo, al ser una aportación del neoliberalismo a la cultura de la salud mental, estos mismos profesionales no pueden evitar que esta idea prospere o se infiltre en su campo de acción. Creo que esto se debe a que consideran esta forma de entender la salud mental como una simple equivocación y una moda, en lugar de comprenderla como resultado de un modelo económico hegemónico. Es interesante remarcar que no sucede lo mismo a la inversa, una idea de las disciplinas *psi* que no encaje con el enfoque neoliberal no formará parte de la cultura de la salud mental. Por tanto, su relación con el neoliberalismo es de sumisión, ya que este es el que acaba imponiéndose sobre su ejercicio profesional.

Otras ideas, otra salud mental

He explicado la cultura de la salud mental porque considero que es importante comprender el trasfondo del campo de la salud mental en general y del activismo en particular. Cuando hablamos acerca de la psiquiatría, la medicación, la psicología, la depresión, la terapia, la locura o la ansiedad, lo hacemos partiendo de las condiciones establecidas por esta cultura. El activismo las pone en disputa y esto puede traducirse en cambios sociales más

amplios. Entre otras cosas porque, como hemos visto, la cultura de la salud mental determina también cómo hablamos del trabajo, de la vida cotidiana, de lo colectivo, de lo individual, de la economía, de la migración, del género, del Estado o de la política.

Podemos resumir el análisis realizado afirmando que la cultura de la salud mental está formada por una serie de ideas acerca de la mente, las emociones y el sufrimiento psíquico. Estas cambian en función de la cultura y de la época histórica, entran y salen de la cultura de la salud mental mediante una especie de selección natural. En la actualidad, sus conceptos principales tienen origen en las disciplinas *psi* y se caracterizan por el individualismo, debido al contexto económico predominantemente neoliberal. En este punto, surgen una serie de preguntas. ¿Puede cambiarse la cultura de la salud mental directamente? ¿Ha de transformarse indirectamente, a través de un cambio del contexto social? Si se disuelve esta cultura, ¿sus contenidos se diseminan por otros campos sociales y culturales? ¿Queremos modificarla realmente? ¿Qué otras ideas se pondrían en su lugar?

Hay que plantear, con precaución, las propuestas que es necesario hacer para construir una nueva cultura de la salud mental. Hemos dicho que esta es productora de consenso social; por tanto, existe el riesgo de que se generen cambios a través de ideas ya consensuadas, lo que puede desembocar en que pierdan su potencial transformador. Individualizar las perspectivas o proponer ciertas escuelas terapéuticas como solución no va a suponer una diferencia real mientras vivamos en el mismo contexto. Por otra parte, las propuestas que no tienen en cuenta que deben darse pasos de manera paulatina pueden quedar inmovilizadas ante una tarea inabarcable a corto plazo. No hay que olvidar que hay personas que necesitan cambios ahora, aunque sean pequeños. Pero no es fácil dar con cuáles deben ser esos pasos intermedios. Para una buena parte del activismo, el objetivo es un cambio en el ámbito de la salud mental, pero también se apunta a una sociedad caracterizada por mayores niveles de libertad en diversos ámbitos. De esta perspectiva a largo plazo es de donde surgen las ideas que guían las propuestas de este activismo; una diferencia respecto a las perspectivas anteriores, que se ciñen con exclusividad al

campo de la salud mental. Vamos a ver tres de estas ideas, planteadas de un modo amplio.

Primera idea: autogestionar la salud mental

La autogestión de la salud mental implica construir los propios procesos con autonomía respecto a las instituciones. Supone cortocircuitar la necesidad de un consenso. Si una persona se siente cómoda con una determinada estrategia o encuentra utilidad en una idea concreta, no hace falta aprobación por parte de las instituciones. Por otra parte, la autogestión funciona mediante un trabajo colectivo. Por ejemplo, se han organizado redes de cuidado cuya prioridad es evitar ingresos hospitalarios a través del acompañamiento. También se comparten reflexiones y narrativas propias acerca del malestar psíquico que ayudan a muchas personas a desarrollar su propia visión. Otro ejemplo son las personas que han encontrado formas alternativas de manejar la medicación, generalmente tras fracasar las pautas dadas por un profesional y su reticencia a modificarlas. Estas estrategias abren la posibilidad a una cultura de la salud mental que potencia una apropiación del sufrimiento psíquico y la libertad a la hora de afrontarlo.

Otra vertiente de la autogestión es la de producir conocimientos propios, más allá de las disciplinas *psi*. El modelo del especialista y la investigación académica privilegia un lenguaje críptico y un conocimiento sobre un malestar que los investigadores raramente han experimentado en sus propias carnes. Lo que podría ser un campo de reflexión fructífero, y con diferentes instancias de creación de conocimiento, se convierte en una estructura cerrada y exclusiva de saberes. Autogestionar la salud mental supone crear un conocimiento abierto y establecer redes de intercambio de estos conocimientos. En los círculos activistas hay un flujo constante de saberes a través de los colectivos, textos, GAM,³⁶ redes sociales, charlas, etc.

36. Las siglas GAM hacen referencia a «grupo de apoyo mutuo». Se trata de personas con sufrimiento psíquico que se apoyan desde la horizontalidad, sin profesionales

Es importante diferenciar la autogestión de la gestión individualista propuesta por el modelo neoliberal. Si bien ambas plantean una independencia del individuo respecto al Estado, el neoliberalismo mantiene una defensa del individualismo, mientras que la autogestión pone en valor lo colectivo. Además, el individualismo neoliberal no libra al individuo del mercado, la autogestión sí. Este punto es importante, porque abre un debate acerca de la noción de «responsabilidad» en el ámbito del sufrimiento psíquico. Desde mi punto de vista, es muy necesario encontrar mecanismos de cuidado que no responsabilicen al individuo en términos neoliberales, pero tampoco lo desresponsabilicen hasta el punto de que sea completamente dependiente de otras personas, o considere que estas deben cuidarle de manera incondicional. No obstante, esta cuestión de la responsabilidad todavía está en proceso de debate.

Segunda idea: poner la salud mental en contexto

Como hemos señalado, ha habido una descontextualización del sufrimiento psíquico. Frente a esto, el activismo en salud mental trata de conectar las experiencias de las personas con el contexto social. Podemos señalar algunos ejemplos:

- Las oportunidades de empleo y el porcentaje de paro son de vital importancia para la salud mental de muchas personas. Estas cifras dependerán de las políticas sociales y de las empresas.
- Las personas migrantes o con estatus de refugiado tienen más posibilidades de manifestar problemas de salud mental que las personas autóctonas.³⁷

de por medio, creando un espacio en el que se habla y se escucha, y donde se pueden generar discursos propios. Profundizaremos sobre ellos en otro apartado.

37. Anna-Clara Hollander, Henrik Dal, Glyn Lewis, Cecilia Magnusson, James B. Kirkbride y Christina Dalman: «Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses. Cohort study of 1.3 million people in Sweden», *BMJ*, 2016.

- Se da una cantidad considerable de problemas de salud mental en las personas trans, mayor en la medida en que se incrementan los grados de discriminación social. De hecho, poder realizarse las operaciones de cambio de sexo que consideren o tener la posibilidad de expresar su género de la forma que mejor les parezca es la manera más efectiva de reducir el sufrimiento psíquico de este colectivo. Que la sociedad sea más restrictiva o más permisiva con esta cuestión es determinante para su bienestar.³⁸
- En España, las cifras de suicidio han aumentado a raíz de la crisis económica.³⁹ Ya mueren más personas por suicidio que por accidentes de tráfico.
- En Chile, las cifras del diagnóstico de depresión se multiplican entre las clases bajas a medida que avanzan las privatizaciones y las desigualdades de clase.⁴⁰

Existe una vinculación entre lo social y el malestar. Este último nos señala que algo está mal. Si no nos deprimiésemos, si nouviésemos ansiedad, si no hubiese experiencias bipolares, límites, alucinaciones o delirantes, seguramente nuestra capacidad para tolerar abusos o injusticias sería infinita. El malestar nos señala que algo está mal. Compartirlo nos puede hacer encontrar circunstancias en común con otras personas y problematizarlas. La cultura de la salud mental actual hace todo lo contrario, problematizando el malestar y al individuo, mientras permite que esas circunstancias queden intactas. Pero este planteamiento requiere una puntualización ¿Quiero decir con ello que en una sociedad perfecta no habría sufrimiento psíquico? No, por dos motivos. En primer lugar, la sociedad

38. Larry Nuttbrock, Walter Bockting, Andrew Rosenblum, Sel Hwang, Mona Mason, Monica Macri y Jeffrey Becker: «Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women. A 3-year prospective study», *American Journal of Public Health*, 2014, pp. 2.199-2.206.

39. «Suicidio: una gran tragedia evitable», *El Mundo*, 4 de septiembre de 2014.

40. «Revelan duras “desigualdades” de la depresión en Chile: sexo e ingreso son determinantes», *Biobiochile*, 10 de enero de 2018.

perfecta no existirá jamás. Y en segundo lugar, porque no hay motivo alguno para pensar que el sufrimiento psíquico tenga que ver de manera exclusiva con la injusticia social, del mismo modo que no hay motivo alguno para pensar que se debe únicamente a cuestiones cerebrales. Tiene más sentido concluir que el malestar es inherente al ser humano y a la vida en sociedad. Por tanto, lo que puede cambiar es la organización social en torno a este malestar, para que no suponga una pérdida de oportunidades ni una justificación para limitar la vida de nadie. La idea de un futuro sin sufrimiento psíquico es más propia de la utopía neoliberal. Considero que es más indicado partir de la base de que este sufrimiento va a continuar y que va a modificarse, incrementarse o reducirse en función de cómo se organice la sociedad para gestionarlo.

Tercera idea: la importancia del apoyo mutuo

El apoyo mutuo es una columna vertebral del activismo. Cuando se pone en práctica, desafía varias de las ideas de la cultura de la salud mental. A escala general, pone el peso en aquello que los individuos pueden hacer los unos por los otros, bajo los principios de reciprocidad y horizontalidad. Potencia la solidaridad frente al aislamiento. Cuando las personas con sufrimiento psíquico establecen un cuidado basado en el apoyo mutuo, están poniendo sobre la mesa que el modo en que cada una se relaciona es determinante para su proceso. La mente y las emociones pueden que sean individuales, pero no necesariamente individualistas; se construyen junto con otras personas.

El apoyo mutuo se realiza buscando el mayor grado de horizontalidad posible. Rompe con el modelo tradicional en el que se establece la jerarquía entre profesional y persona con sufrimiento psíquico. En este sentido, surge de nuevo el debate acerca de la responsabilidad. El apoyo mutuo hace responsable a la persona, pero de un modo distinto a la responsabilización neoliberal. En la reciprocidad, el cuidado se comparte, se construye. El compromiso radica aquí en sostenerse sobre una red que cuida, a la vez que se forma parte de la red de otras personas. En otras palabras,

la responsabilidad tiene sentido si es compartida, en eso consiste el apelativo «mutuo».

Esta es una práctica que todavía se está definiendo. Más adelante, hablaremos de los GAM y del apoyo mutuo informal. Sin embargo, me gustaría señalar aquí que este supone una base sobre la que se están experimentando formas concretas de cuidado, que representan una alternativa a los sistemas de salud mental actuales. Si bien todavía falta mucho por hacer para desarrollarlas y perfilarlas, lo cierto es que constituyen los primeros pasos para generar una estructura paralela y autónoma de cuidados. El apoyo mutuo se traduce en propuestas más o menos precisas, pero a largo plazo puede suponer un principio fundamental para establecer alternativas realistas. La experimentación con estas es prometedora y ya mismo están cambiando la vida de muchas personas.

ALGUNAS CUESTIONES HISTÓRICAS: MANICOMIO, ANTIPSIQUIATRÍA Y CONTRAPSICOLOGÍA

Introducción al manicomio

Hablar de la historia de la asistencia psiquiátrica es hablar de la historia del manicomio, el modelo más utilizado hasta hace unas décadas, que puede decirse que es precursor directo de los sistemas de salud mental contemporáneos, y punto de partida para los diferentes dispositivos y enfoques que han ido surgiendo. Buena parte de las innovaciones en este terreno, y que ahora son prácticas habituales, aparecieron como consecuencia directa de las malas condiciones de vida en sus instalaciones. El manicomio también es importante por la impronta cultural que ha dejado tanto en el imaginario colectivo como en la cultura de lo mental.

Hasta el siglo xv, la mayor parte de las personas con sufrimiento psíquico quedaban al cuidado de sus familias o de instituciones religiosas. Sin embargo, el crecimiento de las ciudades provocó que se dieran dos circunstancias: por un lado, una mayor incidencia de la locura y, por otro, la disminución de las posibilidades del entorno familiar para hacerse cargo, por lo que muchas personas con sufrimiento psíquico terminaron

siendo rechazadas y vagabundeando. En este contexto, pese a que hay mucho debate al respecto, se considera que España fue el primer país occidental en construir las llamadas «casas de locos».¹ Por un lado, estas se inspiraron en la herencia árabe, que dispensaba tratamientos para el sufrimiento psíquico basados en crear lugares agradables que tranquilizasen a la persona (pasar por jardines, música, fuentes, baños, etc.). Un ejemplo conocido es el Maristán de Granada, que funcionó desde el siglo XIV, y que se integraba en una larga tradición de maristanes que formaban parte de la cultura islámica desde el siglo VIII. A esta idea de disponer de un lugar específico para la gestión de la locura, se sumó la concepción de las instituciones cristianas, que hasta el momento habían encerrado a las personas locas de las que se hacían cargo. Las casas de locos, en sus inicios, surgen como un espacio en el que convivirán ciertas creencias religiosas sobre la locura junto con discursos científicos. Monjas y médicos. Cuidado y encierro.

Se considera el Hospital Nostra Dona Sancta Maria dels Innocents la primera institución exclusiva para locos. Su actividad comienza en 1409. La iniciativa corrió a cargo del padre Jofré y de varios comerciantes de la ciudad de Valencia. Se dice que Jofré decidió impulsar este proyecto después de ver a unos niños apedreando a un loco en la calle. Un cuadro de Sorolla, *El padre Jofré defendiendo a un loco*, lo representa. Más adelante, se inauguró el Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza, conocido como uno de los primeros en dispensar un trato relativamente humano. A estos siguieron Sevilla, Toledo, Valladolid, etc.

Una de las personas entrevistadas, que investiga acerca de la historia de la psiquiatría, comenta:

1. Utilizaré indistintamente los términos «casa de locos» y «manicomio», ya que, en realidad, significan lo mismo: «manicomio» es el resultado de unir las palabras griegas *mania*, una forma de llamar a la locura, y *komion*, que vendría a significar «lugar» o «espacio». Cada manicomio era muy distinto a los demás, por lo que debe entenderse que estoy simplificando para facilitar la comprensión general del fenómeno.

Respecto a que el manicomio nace en España, hay toda una discusión. Siempre se habla de que la primera institución para locos fue la del padre Jofré, y esto se ha utilizado mucho para legitimar las instituciones españolas. Surge en una época en la que tampoco podía hablarse de España como tal: surge en el Reino de Valencia. Tiene un elemento religioso, caritativo, etc., pero también es una institución en la que interviene mucho el gobierno de la ciudad. Últimamente se habla del fenómeno del «jofrismo», como una especie de mito fundacional de la psiquiatría española.

Suele señalarse a España como iniciadora del modelo manicomial, pero sin aludir a su papel a la hora de extenderlo. Esta tarea, por algún motivo, fue llevada con tesón. La difusión se dio en dos direcciones. Por un lado, hacia los demás países europeos, a través de órdenes religiosas —el ejemplo paradigmático es la Orden de San Juan de Dios, que se dedicó al cuidado de los locos y que se hizo cargo de no pocos manicomios en otros países—. Por otro lado, hacia Latinoamérica, ya que desde sus inicios el manicomio estuvo muy ligado al proyecto colonial.² Los colonos españoles exportaron e impusieron sobre este territorio el modelo manicomial, del mismo modo que se exportaron e impusieron muchos otros elementos culturales. El primer manicomio será el Hospital San Hipólito en 1567, en Ciudad de México. Después se inauguraría en Lima, dentro del Hospital de San Andrés, una unidad exclusiva para personas locas, aunque no se conoce la fecha exacta. Este centro atendió exclusivamente a españoles. Aunque, como sucedió en España, el modelo manicomial en territorio colonizado convivía con otro tipo de recursos también relacionados con el encierro.³

2. A diferencia de los colonos ingleses, que hasta el siglo XVIII no construirían este tipo de instituciones en el territorio que hoy es Estados Unidos, los colonos españoles las implantaron nada más llegar.

3. Carmen Viqueira: «Los hospitales para locos e “inocentes” en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles», *Revista de Medicina y Ciencias Afines*, 1965, pp. 1-33.

En Chile, el modelo manicomial se inicia con el Hospital San Juan de Dios, que disponía de celdas específicas para locos, aunque trataba principalmente dolencias físicas. Los tratamientos que se aplicaban en este hospital consistían en sangrías, golpes o encadenamientos. Sin embargo, se considera que el primer manicomio como tal fue la Casa de Orates de Santiago, abierta en 1852 y actualmente conocido como Hospital Horwitz.

Mitos fundadores de la psiquiatría

Los mitos fundadores de la psiquiatría son ciertos acontecimientos sin los cuales esta disciplina no existiría o no tendría la forma que tiene hoy en día. Los mitos fundacionales son importantes, porque nos ayudan a observar que las disciplinas necesitan un relato histórico que las sustente. Con este relato sucede lo mismo que con la cultura de la salud mental: los acontecimientos reconocidos como relevantes históricamente se seleccionan según criterios de consenso y no necesariamente de veracidad. Sería muy interesante incluir aquí los mitos de otras disciplinas involucradas, como el trabajo social, la psicología o la enfermería, pero desbordaría las intenciones del marco propuesto para este trabajo. Por tanto, nos centraremos en la psiquiatría.

Hemos visto que, desde su nacimiento en el siglo xv, el manicomio convivirá con otras formas de gestión del sufrimiento psíquico, muchas de ellas vinculadas a la Iglesia y otras relacionadas con el cuidado familiar. No obstante, fue en la Europa del xviii, durante los inicios de la industrialización en Inglaterra y en la época de la Revolución francesa, cuando el hacinamiento de grandes masas de trabajadores en ciudades dormitorio insalubres provocó de nuevo un incremento de sufrimiento psíquico y unas condiciones laborales que disminuían la capacidad de cuidado por parte del entorno familiar. En estas circunstancias, podríamos decir que sucede un segundo gran

cambio en las estructuras que atendían al malestar. La aparición de la psiquiatría como disciplina con entidad propia se inserta en este contexto.

La burguesía francesa estrenaba su posición como clase dominante. Impregnada de las ideas de la Ilustración, decidió convertir los manicomios en la opción hegemónica de la atención a la locura. Para eso fue necesario humanizarlos. El mito señala que Philippe Pinel, en el contexto de la Revolución francesa, pidió que se dejase de atar con cadenas a las personas internadas, en lo que se considera el mito fundador de la psiquiatría como disciplina. Esto supuso una mejora de las condiciones de vida de los internos, aunque no necesariamente el fin de las cadenas en su totalidad. En esta época, se inauguraron una buena cantidad de manicomios y la psiquiatría tomó forma dentro de la medicina, con un corpus teórico propio. Hasta entonces, los médicos visitaban los manicomios de tanto en tanto, para asegurar la salud física de los internos y elaborar teorías sobre la locura, en las cuales se basaban prácticas como las purgas y los baños de agua fría. En ese momento, se empieza a profundizar en el conocimiento acerca de la locura y comienzan a realizarse las primeras clasificaciones psicopatológicas, con una cierta sistematización. También se inicia la práctica del tratamiento moral,⁴ con la intención de implementar un trato digno.

Sin embargo, la inercia de situar en esos tiempos y de personalizar en Pinel el inicio de una psiquiatría humana han recibido críticas. El mismo investigador entrevistado nos dice al respecto:

[Los mitos fundacionales] juegan un papel de legitimación en la historia de la psiquiatría. En el ámbito español, el jofrismo, como mito fundacional. Y el otro gran

4. A grandes rasgos, el tratamiento moral consistió en humanizar el trato a las personas internadas. Se promovían actividades manuales y físicas para mantenerlas ocupadas, se fomentaban las amistades, se prohibieron las cadenas, se tuvieron en cuenta la higiene y la nutrición, etc.

mito fundacional para la psiquiatría francesa, pero también [para la psiquiatría] en general, es la liberación de los locos de sus cadenas. Esos cuadros tan famosos en los que aparece Pinel en la Salpêtrière liberando a las locas de sus cadenas... surge toda una iconografía.⁵ Pinel aparece como el gran filántropo, respetuoso con los derechos humanos de los pacientes. Esos cuadros están hechos muy a posteriori, son cuadros de la segunda mitad del siglo XIX. Y está por ver si esto realmente fue así. Es verdad que, en el marco de la Revolución francesa, las instituciones que se llamaban «hospital general», como grandes símbolos del absolutismo, del Antiguo Régimen, sufrieron modificaciones importantes. Pero la utilización de esa liberación de los locos de sus cadenas constituye un mito fundacional, entre otras cosas porque ese tipo de reformas se producen en el marco de las revoluciones burguesas que se están llevando a cabo en muchos lugares. Es decir, que ese cambio de actitud en el marco de esos movimientos filantrópicos en el que está Pinel al mismo tiempo se está dando en muchos otros lugares. Es un cambio del Antiguo Régimen al nuevo, no es específico de la psiquiatría.

El tratamiento moral terminaría fracasando, dando lugar hacia la mitad del siglo XIX a un modelo más biologicista:

El tratamiento moral tiene razón de ser bajo una idea psicologicista de la locura, utiliza relaciones basadas en el diálogo [...]. Se actúa sobre las ideas equivocadas, sobre las pasiones desordenadas. A mediados del XIX, los alienistas reconocen que el tratamiento moral ha fracasado. Y esto coincide con un cambio en la conceptualización de la locura. Los alienistas pasan de una concepción más psicologicista a una más organicista. Aparece la teoría de la degeneración.⁶ Surgen una serie de teorías sobre la locura

que la patologizan mucho más y que la hacen mucho más dependiente de lesiones físicas. Por otro lado, empieza también a considerarse incurable. Entonces los manicmios pasan de ser esas instituciones con vocación terapéutica a convertirse en instituciones más tutelares, más de exclusión para sujetos irrecuperables.

Cruzando el charco, respecto al inicio de la psiquiatría chilena, suelen señalarse asimismo dos mitos.⁷ El primero de ellos tiene lugar en 1857, protagonizado por el médico Manuel Antonio Carmona y Carmen Marín, «la Endemoniada de Santiago»: una chica que gritaba obscenidades, convulsionaba, no reaccionaba si le clavaban agujas y hablaba en varios idiomas. El caso se convirtió, literalmente, en un espectáculo, puesto que cuando padecía los episodios en los que se encontraba más alterada, varias decenas de personas se agolpaban para verla. Este asunto se ha considerado determinante en el debate central que se produjo en aquella época: la locura como enfermedad biológica o como posesión demoníaca. Manuel Antonio Carmona fue considerado un firme defensor de la postura biológica y, como tal, se habla de él como el iniciador de una concepción científica de la psiquiatría chilena. En realidad, este médico era muy conservador y religioso; la mayor parte de sus argumentos tenían que ver con deseos sexuales reprimidos (lo argumentó antes que Freud) y con problemáticas del alma humana, más que con cuestiones biológicas. Pero todo esto se ha obviado, precisamente porque es un mito fundador y, al igual que a Pinel, no se le atribuye lo que fue real, sino lo que es necesario.

El segundo mito tiene lugar en 1860, cuando Orélie Antoine de Tounens, un abogado francés, viaja a Chile y empieza a

5. El más conocido de estos cuadros es de 1876 y fue pintado por Robert Fleury.

6. La teoría de la degeneración fue propuesta por Bénédict Augustin Morel y postulaba

que el origen de la locura era la degeneración, tanto física como moral. Este señaló el alcohol como uno de los principales causantes de la degeneración, pero también la insalubridad de las fábricas, las condiciones climáticas o las enfermedades. La degeneración se heredaba y, tras cuatro generaciones, se volvía incurable. Según Morel, esta es la razón por la que el tratamiento moral no funcionaba.

7. Ignacio Álvarez: «El Rey de la Araucanía y la Endemoniada de Santiago. Aportes para una historia de la locura en el Chile del siglo XIX», *Persona y Sociedad*, 2006, pp. 105-124.

reunirse con los líderes de varias comunidades mapuches. Les plantea que hay que levantarse contra el Gobierno chileno, que, tras la victoria, él se erigirá en rey de la Araucanía y que gobernará sobre el pueblo mapuche. Llegó a publicar en el diario *El Mercurio* un «Decreto de establecimiento del Reino de Araucanía y Patagonia». Es interesante hacer notar que los mapuches habían reunido un ejército de varios miles de guerreros y que estaban dispuestos tanto a llevar a cabo el levantamiento como a nombrar rey a este abogado que, a primera vista, no tenía nada que ver con ellos. Pero Orélie es traicionado por unos amigos poco antes de la sublevación, es detenido y, en su confesión, señala que su profesión era la de rey de la Araucanía. Tras un intenso debate, y la opinión de varios médicos, fue considerado loco; en concreto, monomaniaco (actualmente, se le habría denominado «delirante»). Fue devuelto a Francia y murió en 1874 tras volver clandestinamente a Chile en varias ocasiones, tratando de alzar en rebelión a las comunidades mapuches. Orélie funciona como mito fundador, porque el debate intentaba dirimir si se trataba de un delincuente, de un loco o de las dos cosas al mismo tiempo. Y, si este era el caso, si la locura eximía de responsabilidad o no sobre sus actos delictivos. No es una cuestión secundaria, en su momento fue central para los inicios de la psiquiatría en general. Si de este debate hubiese resultado vencedora la opinión de que la locura no exime en nada a la persona, esta disciplina sería hoy muy distinta. El mito de rey de la Araucanía refleja este debate en Chile, aunque se estaba dando asimismo en diferentes países.⁸

Ambos casos se consideran mitos fundadores de la psiquiatría en Chile. El caso de la Endemoniada de Santiago marca simbólicamente el fin de las concepciones religiosas de la locura y el inicio de lo objetivo y lo científico. El caso del rey de la Araucanía trazará las fronteras entre locura y delincuencia, psiquiatra y juez, manicomio y cárcel. En Europa, este tipo de

debates también se estaban dando, aunque el mito de Pinel es sin duda el más conocido y su influencia se extiende a todos los lugares en los que está presente la psiquiatría. Lo que tienen en común los tres ejemplos no es su fama, sino su importancia como momento bisagra. Permiten articular un itinerario histórico en el que las ideas humanistas y científicas aparecen de manera ordenada, siguiendo una lógica. Por supuesto, esto no fue así. Las perspectivas chocaban entre sí y sus protagonistas se involucraban en luchas de poder. Estos casos también son relevantes por su carácter mitológico, en el sentido de que proporcionan una lógica justificatoria: la psiquiatría se origina en un acto de humanidad que, como en el ejemplo de Pinel, prohíbe las cadenas. Como hemos visto en el capítulo anterior, la cultura de lo mental fue ampliamente influenciada por una psiquiatría francesa que se inicia en un contexto posrevolucionario muy complejo, el cual juega un papel con múltiples aristas y que es difícil de reducir a algo «bueno» o «malo». El mito de Pinel permite descontextualizar el famoso gesto y lo convierte en un acto deseable en sí mismo, sin precedentes ni consecuencias a largo plazo. El jofrismo, que hemos mencionado anteriormente, cumpliría una función similar en el ámbito español. Por su parte, los mitos de Chile sirven para ejemplificar que la psiquiatría es una ciencia. Obvian, como hemos comentado, la situación del pueblo mapuche, las tendencias religiosas de un médico o las circunstancias de las mujeres en esa época. Son acontecimientos históricos explicados sin atender a la coyuntura política y social; excepcionalmente buenos, con personajes intachables y conclusiones cerradas. Muchas de las percepciones que se tienen sobre las disciplinas *psi* están basadas en un determinado relato histórico, contado de una determinada manera e interpretado de una forma concreta. Los mitos fundadores no suelen considerarse mitos, sino hechos históricos. Y, al ocultar la compleja interacción de hechos históricos del pasado, se enmascara, a su vez, la también compleja interacción de los del presente. Esta es su función última.

8. Rafael Huertas: «Locos, criminales y psiquiatras. La construcción de un modelo (médico) de delincuencia», en *Otra historia para otra psiquiatría*, Xoroi Edicions, Barcelona, 2016, pp. 173-210.

El manicomio expuesto: las primeras críticas

Desde Pinel, los tratamientos siguieron variando enormemente según la zona, la época y la orientación de los profesionales que atendían. Estos métodos abarcaban desde la realización de trabajos en condiciones de esclavitud, y bajo un régimen disciplinar que incluía maltrato físico, hasta tratos relativamente humanizados que demostraban cierta preocupación por la persona, como el tratamiento moral. Suele realizarse un relato histórico que enumera los avances de la psiquiatría y sus preocupaciones sociales, pero no se señala que estos fueron minoritarios, a menudo generados fuera de la propia psiquiatría, e incluso rechazados por esta. Lo cierto es que el manicomio, en su versión más oscura, siguió siendo, durante todos estos siglos, el lugar en el que acababan la inmensa mayoría de personas locas y que era aprobado por la inmensa mayoría de psiquiatras de forma acrítica. El gesto liberador de Pinel se había quedado inmóvil, congelado en el tiempo, como el cuadro de Robert Fleury que lo inmortaliza.

Las instituciones manicomiales fueron criticadas en voz baja, pero de forma constante, sobre todo conforme fue avanzando el siglo XIX. Un ejemplo de esta denuncia fue la que llevó a cabo John Thomas Perceval, un militar inglés que estuvo internado y escribió varios libros denunciando lo que allí sucedía. Fundó la *Alleged Lunatics' Friend Society* en 1845, tras reunir a varias de las personas que había conocido durante su internamiento, y dedicó el resto de su vida a tratar de mejorar la situación de las personas internadas en manicomios. Esta es considerada una organización pionera del activismo en salud mental. Otro ejemplo es Nellie Bly, periodista que en 1887 se hizo pasar por loca para ingresar en un manicomio estadounidense y, a su salida, escribió un libro en el que denunciaba los horrores que había visto.⁹ Elizabeth Packard fue otro ejemplo al fundar la *Anti-Insane Asylum Society*, tras haber sido internada

por decisión de su marido. Y no podemos dejar de nombrar a Clifford Beers, que en 1908 contó en un libro sus experiencias como interno en manicomios.¹⁰ Acabó trabajando como psiquiatra e inició el movimiento del higienismo mental. Este consiguió que se debatiese ampliamente acerca de la asistencia psiquiátrica y que se fueran realizando mejoras paulatinas. Estos movimientos, y otros similares, son considerados precursores de las reformas psiquiátricas que tendrán lugar unos decenios más tarde.

Tendrán que pasar dos guerras mundiales para que esta crítica eleve su voz a partir de la década de 1960. Varios escritos comienzan a perfilar una denuncia más elaborada y se convertirán en gérmenes del movimiento antipsiquiátrico y sus luchas. Uno de ellos fue *Internados*, publicado por Erving Goffman en 1961. En él, describe el estudio sociológico que realizó durante un año en un psiquiátrico y que se difundió principalmente por su visión antagonista. Ese mismo año, veía la luz también la tesis doctoral de Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*. No será el único texto que este autor redacte sobre esta temática, pero será el más difundido en los círculos de psiquiatras críticos.

Por esa misma época, empezaron a desarrollarse asimismo una serie de teorías y prácticas sobre la locura que se distanciaban del modelo manicomial. Tiempo después, a este movimiento se le denominará «antipsiquiatría», pese a que sus propios impulsores no están de acuerdo con este término. Propios de esta corriente son los libros y escritos de David Cooper, Thomas Szasz, R. D. Laing y Franco Basaglia, entre otros. Arropados por un movimiento contracultural y político amplio y heterogéneo, cuestionaron el concepto de «enfermedad mental» y señalaron que la locura era consecuencia de una sociedad represiva. También abogaban por una asistencia en igualdad y desde una perspectiva comunitaria. En Inglaterra, llegaron a ocuparse edificios que sirvieron como centros de salud mental

9. Hay una edición en castellano; Nellie Bly: *Diez días en un manicomio*, Buck, Barcelona, 2009.

10. Clifford Beers: *A Mind that Found Itself. An Autobiography*, Createspace Independent Pub, 2012. Puede leerse en el siguiente enlace: bit.ly/2JnFgD1.

autogestionados. Italia sumó una importante cantidad de profesionales que empezaron a experimentar con la apertura de los manicomios en los que trabajaban. La figura más reconocida de este movimiento, que se denominó «Psichiatria Democratica», es la de Franco Basaglia. Uno de sus mayores logros fue que se aprobase una ley, en Italia, que obligaba a cerrar los manicomios paulatinamente y a no abrirlos más. Esto sucedió en 1978, y proporcionó un modelo en el que se basarían las posteriores reformas psiquiátricas en otros países.

España: las luchas antipsiquiátricas durante finales del franquismo y la Transición

Experiencias desde y contra el manicomio

Durante la dictadura franquista, figuras muy importantes de la psiquiatría española, como Vallejo Nájera y López Ibor, apoyaron decididamente al régimen. Elaboraron teorías que glorificaban la dictadura y patologizaban a quienes se le oponían. Por ejemplo, hablaron de un «gen rojo» o del comunismo como una enfermedad.¹¹ Sin embargo, durante los años sesenta surgió una fuerte oposición al régimen. En este contexto de lucha antifranquista, el modelo manicomial empezó a ser cuestionado por algunos sectores progresistas de la psiquiatría, influenciados en mayor o menor medida por el movimiento antipsiquiátrico. Varios factores confluyeron para que esto sucediese:¹²

- Se incorporan a la red asistencial médicos jóvenes, muchos de los cuales han vivido de cerca movilizaciones y

escuchado discursos contra la dictadura y la estricta moralidad de la sociedad. Son las primeras generaciones de personal MIR¹³ (médico interno residente). Estos se incorporarán en calidad de asalariados, dejando de formar parte de una profesión liberal y acercándose a los movimientos obreros de la época. Las reivindicaciones laborales tendrán, por tanto, una gran relevancia en las luchas que vamos a describir.

- Desde el propio régimen, se emprenden iniciativas de reforma en la asistencia psiquiátrica, con diferentes niveles de éxito y generalmente insuficientes.
- Existe una creciente efervescencia política, con un incremento de las movilizaciones contra la dictadura.

Estos ingredientes dieron como resultado un movimiento que tratará de transformar las instituciones psiquiátricas. Su heterogeneidad y complejidad nos obliga a tocar únicamente los puntos históricos más significativos, puesto que son los que nos interesan.

El primer conflicto de gran relevancia se dio en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo (Asturias). Este fue el lugar elegido por las instituciones franquistas para realizar una reforma a modo de experimento social y posible modelo para el futuro. Para ello se llevaron a cabo diferentes modificaciones: incorporación de médicos jóvenes, reducción de los tiempos de ingreso hospitalario, formación en medidas no coercitivas, cambio de reclusión por rehabilitación, incremento del presupuesto, una relativa descentralización del poder de decisión, etc. Estas medidas no se tomaron en bloque, ni en todo el hospital, y tampoco funcionaron bien desde el principio. De hecho, fueron apoyadas por un reducido sector del personal, ya que una buena parte de sus profesionales pertenecía a sectores reaccionarios que no

11. Enrique González Duro: *Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos*, Ediciones Península, 2010.

12. Buena parte de la información de este apartado está extraída de Manuel González de Chavez (coord.): *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1980.

13. Utilizaré los términos «MIR», «médico», «residente» y «médico residente» indistintamente. Los MIR son médicos que están formándose en alguno de los campos de la medicina, en este caso en la especialidad de psiquiatría, aunque todavía no pueda considerárselos psiquiatras.

estaban interesados en un cambio. Otros eran progresistas que consideraban estas medidas insuficientes.

En este contexto, los médicos residentes del hospital empiezan a exigir un incremento del salario de las becas que estaban percibiendo. Al no recibir respuesta alguna por parte de las instituciones, ni ningún apoyo del colegio de médicos, comienzan a organizarse en asambleas y pasan a la acción por su cuenta. Las huelgas se sucedieron durante dos meses y, en solidaridad con ellas, hasta veinticinco establecimientos hospitalarios (dos mil médicos en total) se sumaron a las protestas en su momento más álgido. Finalmente, sus reivindicaciones fueron atendidas, resultando un acicate para que profesionales sanitarios de otros centros iniciaran sus propias luchas.

Siguiendo la lógica de la autoorganización, y tras la victoria en este conflicto laboral, surge la necesidad de transformar la propia asistencia. Empezaron a hacerse asambleas abiertas, a las que acudía tanto el personal como los propios usuarios, y en las que se dirimían desde cuestiones prácticas hasta aspectos políticos, llegando a determinar en asamblea decisiones sobre altas o permisos terapéuticos. Los usuarios tenían voz propia en su asamblea, y hacían llegar sus comunicados y planteaban sus necesidades sin intermediarios a los miembros de las instituciones o de la prensa. Curiosamente, todavía no existía información sobre las experiencias de desinstitucionalización italianas o británicas; estas se conocieron más adelante.

El siguiente lugar de conflicto relevante en este ámbito fue el Hospital de Conxo, en Santiago de Compostela, que reaccionó cuando el régimen trató de implementar una reforma similar a la anterior. En respuesta, las asambleas abiertas de profesionales y usuarios tomaron la iniciativa desde el principio. Quizá por este motivo, los temas tratados llegaron a desarrollarse con mayor complejidad. Por ejemplo, se discutía acerca de si podían juntarse personas de ambos sexos, la posibilidad de tener relaciones sexuales, entrar y salir libremente, etc. Las conductas agresivas o violentas se trataban en colectividad, analizándolas y tratando de cambiar cosas si era necesario. Se suprimieron las contenciones mecánicas y el *electroshock*. Surgió la Agrupación de Pacientes, un

órgano representativo de los pacientes de cara a la sociedad. Esta también gestionaba las actividades culturales y lúdicas del hospital, y tenía cierto poder de decisión sobre el presupuesto.

Las consecuencias no tardaron en llegar. La prensa local se hizo eco de las relaciones sexuales que se mantenían en el centro, calificándolas de inmorales y creando un clima contrario hacia las medidas implantadas. Se le llegó a llamar «el psiquiátrico del amor». Además, el hecho de que el régimen de entradas y salidas fuese libre provocó que surgiese cierta hostilidad en el barrio donde estaba ubicado el hospital. Los médicos más implicados en las transformaciones trataron de establecer, con diversos niveles de éxito, una conexión con el entorno, tratando de generar espacios comunes barriales (por ejemplo, organizaron una fiesta en el hospital abierta a la comunidad).

Situaciones similares se dieron en diferentes instituciones psiquiátricas de la península, como por ejemplo el Instituto Mental de la Santa Cruz, en Barcelona, o las Clínicas Ibiza y Ciudad Sanitaria Francisco Franco, en Madrid. En algunas ocasiones, un conflicto en un hospital despertaba la solidaridad de otros centros que también se ponían en huelga o se movilizaban. En consecuencia, surgió la necesidad de coordinar los distintos actos reivindicativos. En 1971, se crea la Coordinadora Psiquiátrica, durante un congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Este órgano dotó a dos centenares de psiquiatras y MIR de una infraestructura clandestina de intercambio de información y de movilización, hasta 1977, año en el que esta generación de jóvenes psiquiatras se hizo con el poder en la AEN.

En cada lugar, los acontecimientos se desarrollaron de formas muy diversas. Una gran parte de los sanitarios no se involucraron en las protestas, ni se replantearon las formas en las que se proporcionaba la asistencia. Se dieron casos de profesionales con posiciones importantes que utilizaban la jerga antipsiquiátrica por cuestiones de glamur y de moda, pero que después impedían cualquier atisbo de cambio. La respuesta de los usuarios también fue variable, desde la indiferencia hasta la participación entusiasta. Un ejemplo importante fue la creación del colectivo Psiquiatrizados en Lucha, en el Hospital de Día de la

Ciudad Sanitaria Francisco Franco de Madrid, establecimiento dirigido por Enrique González Duro. Además de las reivindicaciones propias de la asistencia psiquiátrica, este colectivo intervino también en la vida política del país, por ejemplo participando en la Semana Contra la Ley de Peligrosidad Social, convocada por la Coordinadora de Grupos Marginales en 1977.

Por último, cabe señalar que se llegó a producir cierta colaboración entre este movimiento antipsiquiátrico y el mundo de la contracultura. Era habitual encontrar reportajes y entrevistas sobre estas cuestiones en revistas como *Ajoblanco*. Otro ejemplo fue el poeta Leopoldo María Panero, miembro del colectivo Psiquiatrizados en Lucha.¹⁴ En el documental *El desencanto*, Leopoldo dice: «La esquizofrenia es una cosa preciosa». Además, algunos de sus poemas están basados en su experiencia en psiquiátricos y habitualmente muestran la rabia hacia la sociedad que le ha encerrado, así como hacia la psiquiatría. Por ejemplo, en su libro *Poemas del psiquiátrico de Mondragón* (1987), el primer texto empieza así:

*En el oscuro jardín del manicomio
los locos maldicen a los hombres
las ratas afloran a la Cloaca Superior
buscando el beso de los dementes.*

Otro ejemplo podría ser el concierto del grupo punk Último Resorte en el Hospital Psiquiátrico Benito Menni, en Sant Boi. Corría el año 1979 y los punks eran todavía una tribu urbana muy minoritaria. Silvia Resorte, la cantante del grupo, recuerda:

Los pacientes empezaron a agitarse; a tirarnos monedas; a bailar de forma esquizofrénica. Lo dimos todo y parecían encantados, porque era algo nuevo para ellos: estaban acostumbrados a que les programasen espectáculos de humor

14. Panero escribió mucho sobre salud mental y antipsiquiatría. Al respecto, puede leerse a Albert Kadmon: *Panero y la antipsiquiatría*, Antipersona, 2017.

*o conciertos folk. Por eso creo que les chocó mucho ver a una chavalita en plan agresivo y dando alaridos.*¹⁵

El declive del movimiento antipsiquiátrico

A principios de la década de 1980, la mayor parte de los lugares donde tuvieron lugar estas experiencias ya habían regresado a las dinámicas anteriores. Otros mantendrían algunos de sus avances. Este resultado tuvo que ver con varios factores, entre los cuales cabe destacar la represión —aunque el sector médico no fue uno de los más castigados comparado con otros movimientos políticos de la época—; instituciones que cuando veían que la situación se les escapaba de las manos ponían impedimentos; un conservadurismo inherente al sector médico; la reacción de la jerarquía tradicional y, por último, las peleas de egos que han dado al traste con tantos experimentos de transformación social.

Como hemos señalado con anterioridad, en 1980 la psiquiatría convencional cogerá fuerzas. Ese año aparece el DSM-III, con una perspectiva clasificatoria rígida y un claro trasfondo biologicista, ganándose el consenso de la mayor parte de profesionales. Durante el resto de la década, se potenciarán los psicofármacos hasta convertirse prácticamente en la única respuesta ante el sufrimiento psíquico. En la década de 1990, este proceso se consolidará; por un lado, antidepresivos como el Prozac fueron respaldados por millonarias campañas publicitarias y empezaron a formar parte de la cotidianidad, a medida que su uso se extendía masivamente. Por otro lado, los neurolépticos de siempre pasaron a llamarse «antipsicóticos», dando a entender que eran una cura para la psicosis. El discurso crítico y comunitario comenzó a considerarse trasnochado e idealista. El realismo biologicista se hizo con la práctica totalidad de la

15. Víctor Parkas: «Ser punk en un pueblo de locos. Bailando pogo en el centro de salud mental», *FanAct. Fanzine d'ActivaMent*, n.º 2, Granollers, invierno de 2017 (disponible en: bit.ly/3btHBYH). Véase también Ojos de Músico Extraviado: «Último Resorte. Concierto Hospital Psiquiátrico Sant Boi 1979» (disponible en: bit.ly/3q72X25).

psiquiatría, que había sido antes disputada por diversas corrientes. Además, este proceso afectará enormemente a la psicología, que pasará a ser una disciplina subordinada.

La Reforma Psiquiátrica y las Asociaciones de Familiares

Desde finales de la década de 1960, varias asociaciones empezaron a fomentar el apoyo entre las familias para luchar contra el estigma. En 1983, se unen para crear la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, actualmente llamada Confederación Salud Mental España). Uno de sus objetivos era apoyar la Reforma Psiquiátrica de 1986.¹⁶ En buena medida, los principios que guiaron esta reforma estaban basados en las experiencias de cambio de la asistencia psiquiátrica que acabamos de comentar y en las reivindicaciones de FEAFES. Esta se concreta en el artículo 20 de la ley general de Sanidad, en la que se sintetizan los nuevos principios que regirán la asistencia psiquiátrica. Hay que entenderlos en el contexto de una norma muy amplia, que iniciaba el sistema de salud pública como se conoce actualmente y del cual la salud mental era solo una parte. A continuación, lo reproducimos en su totalidad:

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. *La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas*

16. Begoñe Ariño y María Jesús San Pío: «El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2007, pp. 115-126.

de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. *La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*
3. *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*
4. *Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.*

A la hora de adaptarlos a la realidad, estos principios sufrieron traducciones distintas. Puesto que cada comunidad autónoma debía aplicarlos siguiendo sus propios ritmos y necesidades, la reforma, aún a día de hoy, puede considerarse incompleta. Los principios son poco concretos, pero si tuviésemos que resumirlos, vendrían a señalar la creación de diversos recursos que permitiesen cerrar los manicomios y atender bajo un formato comunitario. En el plano material, esta transformación quedó a medias: con manicomios cerrados, pero no todos; con recursos descentralizados, pero no comunitarios; con una mejoría de la atención a la persona con sufrimiento psíquico, pero sin potenciar su participación ni atender a sus propuestas y necesidades.

De nuevo, nuestro investigador de historia de la psiquiatría señala:

El modelo comunitario finalmente se impone, porque el modelo manicomial no puede mantenerse. Pero la reforma fracasa. Quiero decir, sigue habiendo manicomios, aunque tengan las paredes pintadas. El modelo comunitario presenta dificultades de desarrollo importantes. La cuestión es

que la conceptualización del trastorno mental (o de los problemas de salud mental, o del sufrimiento psíquico, como quiera llamársele) se está planteando desde una visión muy individualista y muy poco colectiva. Entonces, la atención que puede dispensarse desde el modelo comunitario [contempla] la locura como un problema individual, con un tratamiento exclusivamente farmacológico, etc.

En el fondo, las soluciones sectoriales son muy limitadas. Por ejemplo, el ámbito de la sanidad pública, no solo de salud mental, sino en general, ¿es un elemento de redistribución? Sí. ¿Es un elemento de protección social? Sí. Pero, en realidad, es una pequeña isla de solidaridad rodeada de tiburones neoliberales, con lo cual es muy difícil que las cosas funcionen. Por tanto, podemos decir que la reforma ha fracasado.

En palabras de Manuel Desviat, uno de los principales impulsores de esta reforma:¹⁷

No podemos ignorar que en España la reforma psiquiátrica no fue una ruptura, fue una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales clínicos. Son muchos los que dicen que buena parte de las insuficiencias que tiene la democracia española tiene que ver con la forma posibilista y cautelosa con la que se hizo la transición democrática. El ejemplo es válido para la sanidad [...]. La reforma sanitaria, y consecuentemente la reforma psiquiátrica española, no cambió las reglas de juego. De ahí, en parte sus insuficiencias.

17. Manuel Desviat: «La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad», *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, 2011, pp. 427-436.

Chile: del manicomio a la psicología comunitaria

Los inicios del manicomio en Chile

Como hemos comentado anteriormente, en 1852, en Santiago, se inaugura la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles.¹⁸ Actualmente es conocido por el nombre de Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, y se lo considera el primer manicomio de Chile. En 1860, se funda en Valparaíso el Hospital del Salvador y, tras atender diferentes tipos de enfermedades, en 1969 pasa a reservarse exclusivamente para problemas de salud mental. En 1927, se crea el Hospital Psiquiátrico El Peral. Estos tres hospitales han sido los más representativos y, hasta después de la dictadura de Pinochet, se atendió allí a las personas locas bajo el modelo manicomial.

La Casa de Orates, en sus momentos iniciales, no solamente albergaba a personas locas, sino también a prostitutas y alcohólicos. La locura se contemplaba como parte del «lado corrupto» del cuerpo social, lo cual es indicativo de una voluntad más cercana a la moralidad y al orden que a un enfoque terapéutico. En este sentido, las intervenciones se centraron más en corregir y enderezar la vida desviada que en cuidar.

Derivada de esta visión, surgió la laborterapia. Relacionada con el modelo del tratamiento moral, planteaba la sanación a través del trabajo. A primera vista se trataba de una perspectiva que podía considerarse adecuada, puesto que le daba un papel activo a la persona y proponía que su tiempo no estuviese exclusivamente dedicado a estar encerrada sin nada que hacer. Sin embargo, el modo de implementarla fue el trabajo forzoso, transformando la intención terapéutica inicial en una lógica de explotación laboral. Proporcionaba mano de obra barata a los empresarios, y mantenía a los internos ocupados y cansados de manera permanente. Este tratamiento se puso en práctica en una buena parte de los manicomios, especialmente durante la

18. «Orate» significa persona perturbada o loca.

industrialización del país. Se ha sugerido que este factor puede haber influido a la hora de considerar la locura como una situación crónica. Las manos más rentables eran las que podían trabajar durante más tiempo, ya que acumulaban experiencia para realizar un trabajo específico. En concreto, la producción en la Casa de Orates, supervisada por personal cualificado, abarcó muebles, vestimenta, jabón, alimentación y otros productos.¹⁹

La psicología comunitaria durante la dictadura de Pinochet

Las respectivas dictaduras afectaron de modo distinto a la gestión del sufrimiento psíquico en ambos países. Durante la década de 1960, en Chile y varios países de Latinoamérica, se desarrollaron una serie de prácticas que más tarde se denominarían «psicología comunitaria». Estas fueron llevadas a cabo principalmente por psicólogos concienciados políticamente y coincidieron con un auge de los movimientos sociales y políticos en el continente. En este contexto histórico, estos señalaban que la psicología tradicional estaba obviando las consecuencias de la colonización y la pobreza en la salud mental de la población, por lo que trataron de generar una práctica coherente con esta realidad social.

No hay una definición definitiva de la psicología comunitaria, pero Maritza Montero, probablemente la investigadora que más esfuerzos ha invertido en este sentido, considera estos tres principios básicos:²⁰

1. Autogestión de los sujetos que constituyen su área de estudio. Lo cual significa que el objeto estudiado es también sujeto estudiante y que toda transformación repercute sobre todos los individuos involucrados en la relación, incluido el psicólogo agente de cambio.

19. César Leyton: «La ciudad de los locos. Industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940», *Frenia*, 2008, pp. 259-276.

20. Maritza Montero: «La psicología comunitaria. Orígenes, principios y fundamentos teóricos», *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá, 1984, pp. 387-400.

2. El centro del poder cae en la comunidad. La acción del psicólogo consistirá en lograr que esa comunidad adquiera conciencia de su situación y sus necesidades y asuma el proyecto de su transformación, asumiendo el control de su actividad. Esto significa oposición a cualquier forma de paternalismo-autoritarismo-intervencionismo.
3. La unión imprescindible entre teoría y praxis, única forma de lograr una explicación integradora y una comprensión verdadera de la situación.

En el ámbito teórico, uno de los principales referentes era Paulo Freire, con su experiencia de alfabetización en Brasil y su propuesta de una pedagogía del oprimido. Además, existía un fuerte componente anticolonial compartido con otros movimientos del momento. El mismo año en que se publicaba *Historia de la locura* de Foucault, *Internados* de Goffman y *El mito de la enfermedad mental* de Szasz, Frantz Fanon daba a luz *Los condenados de la tierra* (1961). Este libro es un gran referente para la lucha anticolonial y para los enfoques comunitarios en Latinoamérica. Es relevante señalar que Fanon era psiquiatra y que realizaba descripciones de casos clínicos en la parte final de la obra.

El esquema general de la psicología comunitaria era que la comunidad se uniese y plantease los problemas que tenía, para después elaborar una serie de soluciones. El equipo de psicólogos comunitarios analizaba estas propuestas aportando, si era necesario, su conocimiento científico o técnico. Una vez pensada la planificación, las intervenciones podían ser de diferente tipo: ollas comunes,²¹ construcción de viviendas, programas de educación sexual, prevención de enfermedades, asesoramiento jurídico, creación de sindicatos,

21. Las ollas comunes son una práctica popular en la que la propia población comparte comida y/o la cocina de manera comunitaria, tanto las personas que tienen como las que no. Se organizan para cubrir una necesidad básica como es la alimentación, pero en ocasiones también han sido el germen de organizaciones comunitarias y políticas.

redes de apoyo a mujeres maltratadas, etc. Los psicólogos comunitarios también se encargaban de generar y cuidar las dinámicas grupales y de velar por que el proceso de autoorganización funcionase. La comunidad solucionaba sus propios problemas; se convertía en una especie de organización social paralela a la estatal.

Es importante reseñar también la psiquiatría intracomunitaria de Marconi,²² quien teorizó acerca de la salud mental integrando las tesis marxistas y el discurso anticolonial. Señalaba que las diferencias de clase generan diferencias en la salud mental y que no pueden copiarse los modelos de salud mental occidentales sin cuestionar su adecuación a un país con una historia de colonización. Muy vinculado al Gobierno de la Unidad Popular de Allende, quien dio un fuerte impulso a lo comunitario, Marconi es una pieza fundamental del desarrollo del sistema de salud mental en Chile. Una de sus medidas fue reforzar los clubes de abstemios que, además de sus reuniones habituales, empezaron a funcionar como espacios de cuidado entre exalcohólicos y a involucrarse en la prevención del consumo de alcohol en comunidades. También se convirtieron, en cierto modo, en un colectivo de acción política (llegando a realizar tomas de edificios para lograr sus reivindicaciones). Los otros ejes de intervención de la psiquiatría intracomunitaria fueron los llamados «problemas neuróticos» en mujeres y la estimulación intelectual en niños y adolescentes. Se trataba de educar a la población acerca de estas problemáticas y generar espacios dentro de las propias comunidades que permitiesen una gestión adecuada de las mismas.

En 1973, empieza la dictadura, obligando a que buena parte de estas prácticas queden relegadas a la clandestinidad. Pese a estas condiciones, se realiza un importante trabajo con gente traumatizada por la represión: parientes de personas

asesinadas, familiares de desaparecidos, personas torturadas, mujeres violadas, etc. Con este tipo de población se intentó compaginar un tratamiento psicológico al uso, sumado a una perspectiva política de lucha contra la dictadura. En muchas ocasiones, superar los problemas generados por la represión suponía volver a involucrarse en esta lucha. Una de las características reseñables era que no se recurría a las etiquetas diagnósticas habituales. En su lugar, se nombraba el trauma según lo sucedido: tortura, familiar desaparecido, violación, persecución, cárcel, etc. Se ha llegado a llamar «modelo chileno» a esta forma de conceptualizar los problemas.²³

Planes nacionales: la psicología comunitaria se despolitiza

En 1990, termina la dictadura de Pinochet, dejando a un país traumatizado. El nuevo Gobierno impulsará las organizaciones que ya venían trabajando clandestinamente con situaciones traumáticas relacionadas con la represión. Además, integrará en el propio sistema de salud las prácticas comunitarias que se habían desarrollado antes y durante la dictadura. Buena parte de la psicología comunitaria participó activamente en este proceso y actualmente el modelo comunitario es el núcleo central de las instituciones de salud mental.

Chile no tiene una legislación específica sobre salud mental, sino un conjunto de planes nacionales que se aprueban para un determinado período de años. Mientras escribo estas líneas, se está aprobando el tercero de ellos. En estas planificaciones nacionales, se ha seguido un esquema similar al europeo: reducción paulatina de camas en manicomios, cierre progresivo de los mismos y proliferación de otros recursos no relacionados con encierros de larga duración (hospitales de día, centros

22. Claudia Araya y César Leyton: «La “vía chilena” a la psiquiatría social. Propuestas y debates en torno al cambio del modelo de asistencia mental (1968-1973)», en Rafael Huertas (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*, Catarata, Madrid, 2017, pp. 56-82.

23. Isabel Piper: «La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile. La psicología comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos», *Revista de Psicología*, 2008, pp. 39-58.

comunitarios y hogares protegidos, principalmente). Estos objetivos, no obstante, todavía están en proceso de cumplirse.

Sin embargo, el modelo comunitario que vertebra los planes nacionales sobre salud mental también ha recibido críticas. Muchas personas señalan la persistencia de prácticas que poco o nada tienen que ver con los planteamientos anteriores. Lo que daba a la psicología comunitaria su razón de ser era que estaba involucrada con los movimientos sociales y que tenía conciencia de las realidades políticas y económicas de la población. Esto le daba legitimidad para iniciar procesos de autoorganización reales y no simulacros de comunidad. En consecuencia, una propuesta es repolitizar esta vertiente de la psicología al considerar que ha perdido lo que la diferenciaba de otros enfoques convencionales. Como reflexiona una persona entrevistada:

Se habla de una «salud mental comunitaria», latinoamericana, que obedeció a un constructo político, en los años sesenta, en el contexto revolucionario latinoamericano. Pero, hoy en día, los mismos desarrollos latinoamericanos han terminado siendo una tecnología social más del sistema. Es la gran crítica que se le hace a la psicología comunitaria chilena: que se academizó. Y más que academizarse, los propios psicólogos comunitarios que pudieron instalarse en los territorios terminaron construyendo una práctica descafeinada, de tallerito, de que el dirigente aprenda a postular un proyecto... Fueron los propios comunitarios quienes no lograron instalar una diferencia respecto a los marcos coloniales que pudieran existir, porque ni siquiera el tema de la raza está puesto.

Te digo que lo que están haciendo son talleres. En un momento se hablaba del «tallerismo», el psicólogo comunitario era sinónimo de «taller» y ahí se quedaba. Decían que eran participativos, porque la gente opina en el taller, pero la gente nunca construyó el taller, nunca se les preguntó si necesitaban el taller. Hay una idea de que son unas prácticas distintas, y yo no creo que sean diferentes a las de otros lugares del mundo.

Un psicólogo, que participa del activismo en Chile, dio esta respuesta al ser preguntado acerca de su opinión sobre la psicología comunitaria, entendiendo que no hacía falta desarrollar una crítica más elaborada:

Hay dispositivos que, pese a ser comunitarios, tienen una lógica biomédica. Hay psicólogos comunitarios que avalan el modelo biomédico.

La aparición de la contrapsicología

La contrapsicología en España

En España, se producirá un vacío de perspectivas críticas en salud mental que, con el agotamiento de las experiencias antipsiquiátricas, durará desde inicios de la década de 1980 hasta mediados de la siguiente. En Chile, también tendrá lugar este fenómeno, aunque abarcando desde los noventa hasta mitad de la primera década de los 2000. En ambos casos, estos largos silencios coinciden con recientes salidas de dictaduras y etapas de neoliberalismo. También en ambos casos, el concepto de «contrapsicología» será el que intente romper con este silencio. Podemos situar su origen en Barcelona, de la mano del colectivo contrapsicológico Esquicic:

En cuanto a la contrapsicología, su existencia, con tal nombre, es más reciente [que la antipsiquiatría]. Su nacimiento se puede fechar en 1995 con la creación de un colectivo, en Barcelona, que se llamó Esquicic y que, cumplida su tarea, disolvimos en enero del 2000, para continuar con la elaboración de la revista de profundización teórica, divulgación de prácticas terapéuticas y de denuncia, que es el El rayo que no cesa, cuyo primer número recogió los trabajos de un seminario de antipsiquiatría y contrapsicología que el ya disuelto,

y antes nombrado, colectivo *Esquicie* había organizado en 1998.

[...] Cuantas más contrapsicologías existan mejor. Es también un intento de desarrollar prácticas de intervención terapéuticas al servicio de los de abajo y no del sistema. Un intento de invertir las reglas de unas disciplinas de estudio y profesiones que ahora están mayoritariamente al servicio del poder. Y es también una llamada de atención a los profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores...), a los que son atendidos por estos profesionales y a la población en general, sobre la necesidad de oponerse a la perversión de lo que debería ser ayuda y que se convierte en control social y, en muchos casos, en negocio.²⁴

Así pues, se critica la colaboración de la psicología con cárceles y centros de menores. También con empresas, puesto que esta disciplina no debería tener «nada que ver con productivismo, publicidad y consumismo». También se señala que la contrapsicología no es una escuela terapéutica, como puedan serlo el psicoanálisis, el conductismo o la terapia sistémica. Antes bien, se trata de una perspectiva crítica para la cual lo importante no es elegir una escuela, sino saber aplicarla de forma humana y con una conciencia social de fondo. En las universidades de psicología en España no solo no se tenía (ni se tiene) esta perspectiva, sino que se alentaban las luchas entre las diferentes escuelas terapéuticas y se dejaba de lado un debate acerca del rol social de la psicología. En consecuencia, era necesario un proceso de formación. Veamos algunos ejemplos de esta actividad:

Los compañeros/as del colectivo de psicología crítica Versus de Málaga, creando grupos de trabajo en la universidad y utilizando sus instalaciones y medios en la

24. Charla de Josep Alfons Arnau, *Jau* (del colectivo contrapsicológico *Esquicie*): «Contrapsicología y antipsiquiatría», Acampada contra el Tren de Alta Velocidad (TAV), País Vasco, 2001. Las citas están extraídas del borrador de la charla. Puede leerse el texto completo en el siguiente enlace: bit.ly/3ryy9d.

medida de lo posible. Grupos no jerárquicos de estudio sobre los temas que les interesan a sus componentes (antipsiquiatría, psiquiatría radical, esquizoanálisis...). La experiencia que desarrollamos en Barcelona la gente que ahora hacemos El rayo que no cesa, de editar tal boletín. Traer a las universidades a dar charlas a gente comprometida con lo crítico. Invitamos, por ejemplo, a dar conferencias a Leopoldo María Panero, a Ramón García. O fuera de la universidad, poniendo en pie un seminario de antipsiquiatría y contrapsicología que se reunió en el local social Espai Obert de Barcelona. Como ya expliqué, de este seminario nació el boletín El rayo que no cesa. Seminario que se reunió tres sesiones durante un año, profundizando en tres temas: antipsiquiatría, experiencias de terapia y sobre infancia y marginación. O trayendo a nuestros lugares de trabajo, cuando lo tenemos y la situación lo permite, a compañeros que pueden aportar. Por ejemplo, propusimos a educadores sociales y maestros que trabajan en Unidades Escolares Externas invitar a Enrique González Duro a charlar sobre el tema violencia, infancia, juventud y escuela, en un centro cívico del barrio barcelonés del Besós.²⁵

En 1999, nace en la Universidad de Málaga el mencionado colectivo de psicología crítica Versus. En una presentación realizada en la Facultad de Psicología de esta universidad, señalaron:

Dentro del grupo existe pluralidad, Versus está formado por personas con diferentes ideas, concepciones y tendencias psicológicas, sin embargo, tenemos varios aspectos en común que nos dan consistencia como grupo. Entre estas cosas que nos unen, está la búsqueda de una terapia no alienante ni violenta y el deseo de un cambio

25. *Ibid.*

social. Creemos que como psicólogos ejercemos (o ejerceremos) una función social y queremos ser conscientes de dicha función. No estamos aparte ni apartados de la sociedad, sino que somos parte de ella y la actividad profesional que desarrollemos va a tener una incidencia social y política. No es poca cosa, se trata de ética. La psicología forma parte de la sociedad y es un producto de esta y nosotros nos cuestionamos cuál es su función, así como el orden social dominante.²⁶

En esta misma presentación, señalaban que sus primeras nociones de lo que es la antipsiquiatría vinieron de la mano de *El rayo que no cesa*, y que para ellos el colectivo Esquicie fue un «referente importante». También reconocían su deuda con la propia antipsiquiatría: «Creemos que el planteamiento antipsiquiátrico ha sido fundamental en nuestro grupo para poder unir la psicología y lo social desde una perspectiva política».

La mayor parte de colectivos contrapsicológicos, tanto en España como en Chile, vieron reducido su radio de acción al ámbito universitario. En este sentido, una persona involucrada en DiPSidencia, grupo nacido en la Universidad Complutense de Madrid, comenta lo siguiente en una entrevista:

Lo que me llevó a involucrarme es el descontento con la universidad y con los estudios de psicología de ese momento. Como te decía, lo que había era una psicología cognitivo-conductual. Y, en concreto, más conductual que cognitiva. De hecho, apenas había asignaturas de otras corrientes u otras disciplinas. La modificación de conducta era lo que imperaba. Cuando empiezas a estudiar psicología, todos, o casi todos, los que decidimos hacerlo, es para cambiar algo, hacer algo, ayudar a la gente. Y cuando lo que te encuentras es ese modelo como único paradigma, te cuestionas

muchas cosas, sobre si eso es realmente ayudar a alguien, sobre si eso tiene algún sentido.

Nos limitamos al estudio de textos y al cuestionamiento de lo que se estaba haciendo. Hicimos alguna acción en la facultad. Íbamos a clases, que no eran nuestras clases, a cuestionar lo que estaban planteando los profesores. Sobre todo, mucha lectura de textos y mucho debate.

Por otro lado, la contrapsicología no es contraria a la antipsiquiatría. De hecho, puede considerarse que proviene de este movimiento, aunque da peso a la psicología y a un enfoque social más amplio. En sus análisis incluían, por ejemplo, las condiciones laborales, la moral familiar, las diferencias de clase, el consumismo, etc. A nadie debe extrañar que se dieran colaboraciones habituales, con estos colectivos, de conocidos antipsiquiatras como Guillermo Rendueles, Enrique González Duro o Ramón García, quienes habían participado de las movilizaciones que hemos descrito con anterioridad. En cierto modo, debido a la práctica desaparición de la antipsiquiatría, la contrapsicología vino a retomar aquel proyecto, adaptarlo al momento y ampliar sus visiones.

Frente a la posición reaccionaria e ilusa que defiende la normalización como cura y solución a la enfermedad mental, tenemos alternativas que, si no completas y perfectas, creo que apuntan otras «salidas» interesantes y congruentes con nuestros deseos. Yo me permito dar mis versus (alternativas-soluciones no perfectas o acabadas). Contra la adaptación, la normalización, los tests de inteligencia, el conductismo, los electroshocks, los fármacos, el castigo, el control, el encierro, las diez mil [pesetas] por sesión, la represión sexual, la experimentación animal, la soledad, la autoridad, el capital relacional que tenemos que explotar, la psicología al servicio de la policía, los empresarios y los jueces, el trato como objeto, el etiquetamiento, el aislamiento social, el consumismo, el capitalismo, el trabajo asalariado, la ideología burguesa, la

26. Grupo de psicología crítica Versus: «Presentación del grupo de psicología crítica Versus», Facultad de Psicología de Málaga, Málaga, 2000. Puede encontrarse en el siguiente enlace: bit.ly/37QOgtM.

modificación de conductas, la terapia sexual, la falta de caricias afectivas y sociales, los problemas y angustias económicas, la discriminación y la problemática de género, aniquilar o anestesiar el síntoma, la miseria sexual, la familia patriarcal, etc. Contra esto, tenemos la transformación, la subversión contra lo establecido, las comunidades terapéuticas sin barreras, la libertad sexual y su promoción, la psicología vivida desde abajo y con los de abajo, el apoyo mutuo, la pluralidad, la rebelión, poner el deseo a producir, perder los miedos y los tabúes, fomentar la autonomía personal, la antipsiquiatría, el esquizoanálisis, los grupos de autoayuda popular, una sociedad no patriarcal, la cultura popular, la escucha de igual a igual, escuchar el síntoma, la economía comunitaria, la sexualidad y la libertad como elementos terapéuticos, una nueva subjetividad, el autoconocimiento y aceptación personal, el psicoanálisis, la no patologización, unos hábitos mas afectivos que faciliten el contacto corporal, el no reprimir los sentimientos, la persona por delante, el hablar, la revolución, es decir, las soluciones, que no los parches, vendrán si nosotros y nosotras las conquistamos. Manos a la obra.²⁷

Si bien esta transformación no llegó, y el concepto de «contrapsicología» en España vio limitada su influencia a círculos muy reducidos, sí que es importante señalar que plantó ciertas semillas que más adelante darían sus frutos. Uno de los principales motivos de su reducido influjo fue el ya mencionado carácter universitario de la mayor parte de iniciativas. Los colectivos desaparecían cuando sus miembros se incorporaban al mundo laboral. Aquí se producía un choque entre los discursos teóricos y académicos frente a la realidad de las personas con sufrimiento psíquico. Respecto a esta cuestión, la misma persona que participó en DIPSIDENCIA nos comenta lo siguiente:

27. *Ibid.*

Creo que pecábamos un poco de ingenuos con todo esto de «lo que hay que transformar es el sistema y no al individuo». Cuando luego te encuentras de verdad, cara a cara, con alguien que está padeciendo, la cosa se complica mucho más. Pienso en las influencias de [David] Cooper y La muerte de la familia y, como crítica teórica a la familia, muy bien. Pero cuando te encuentras con un paciente, y con su familia detrás, y lo que supone estar sin red social y demás... Todo se complica un poco. Creo que se desinfló rápido, porque una cosa era la teoría y las ganas de transformar la realidad, y otra cuando empezamos a currar. O cuando te sientas cara a cara en la consulta.

Creo que hay una lucha articulada y de resistentes al sistema de salud mental. Eso está ahí y es, al final, lo importante. Lo que hacíamos nosotros, que al fin y al cabo éramos estudiantes de psicología, no deja de ser una... no sé cómo decirlo, no quiero desvirtuarlo tampoco. No es lo mismo que una lucha de los realmente afectados. Cuando tu vida está en juego, y en función de cómo funcione ese sistema de salud mental, te lo tomas más en serio y las cosas son diferentes. No estoy diciendo que nosotros tonteáramos con ello. Como profesionales, supongo que a cada uno nos aportaría muchísimo, venimos de donde venimos y eso tiene que notarse también en nuestro hacer diario. Pero no es lo mismo enfrentarte a este tipo de cosas como estudiante y futuro profesional, que como afectado por el sistema de salud mental.

La contrapsicología en España fue eminentemente teórica. Al estar falta de prácticas reales, no consiguió traducirse en una alternativa viable. Sus críticas se limitaron a señalar el carácter capitalista de la psicología y las injusticias del sistema económico, pero no consiguieron hilar ambas perspectivas en un discurso operativo. No obstante, también tuvo aspectos positivos. Desde mi punto de vista, abrió paso a un debate crítico en una disciplina que no lo había tenido. Propuso una

reflexión sobre la función social de la psicología, y lo hizo en términos de transformación. En este sentido, la contrapsicología no llegó a cumplir sus objetivos debido a que estos eran muy ambiciosos. Pero creo que la ambición fue, precisamente, su principal aporte.

La contrapsicología en Chile

En el año 2006, acontece uno de los movimientos sociales contemporáneos más importantes de Chile: el movimiento Pingüino. Sus protagonistas fueron jóvenes de secundaria que protestaban contra la privatización de la educación (implementada por Pinochet) y por mejoras en las infraestructuras escolares. Desde la dictadura, ningún movimiento social había tenido tanta repercusión ni apoyo como este. Se les llamaba «pingüinos», porque era habitual que acudieran a las protestas con los uniformes escolares.²⁸ En el ámbito universitario, ese mismo año surgió la Organización Chilena de Estudiantes de Psicología (OCEP), a raíz de un encuentro en Santiago que reuniría a alrededor de seiscientos estudiantes. Esta sirvió de base para las futuras luchas estudiantiles y, desde el primer momento, mantuvo una postura crítica hacia la psicología.

Pocos años después, muchas personas que habían participado en las convocatorias del movimiento Pingüino empezaron a estudiar en la universidad, tras acumular cierta conciencia política y experiencia en las movilizaciones. En consecuencia, la OCEP cogió fuerza y uno de sus momentos álgidos tuvo lugar en el año 2010. Algunas universidades promovían terapias para corregir la homosexualidad, considerándola una enfermedad. El Colegio de Psicólogos de Chile no establecía posicionamiento alguno en contra, argumentando que debía haber libertad para difundir ese tipo de tratamientos. Por estos motivos, la OCEP inició una serie

28. Generalmente, las escuelas con menos recursos imponen reglas más estrictas y son más conservadoras. Los centros más caros tienden a ser más progresistas y menos rígidos. Por lo tanto, en este contexto, los uniformes simbolizaban el origen popular de las protestas.

de actos y movilizaciones.²⁹ Por ejemplo, en paralelo a los eventos y conferencias oficiales del Día del Psicólogo, se organizó un «contracongreso» con charlas sobre psicología crítica y diversidad sexual.³⁰ También se llevó a cabo una manifestación que finalizó en la sede del Colegio de Psicólogos.

Por esa época, en las escuelas de psicología de Santiago empezaron a organizarse grupos de debate en torno a la posición social de los profesionales de la salud mental. Como relata una persona que participó:

Cuando estuve en Santiago conocí a varios grupos de estudiantes y ahí empezamos a formar grupos de estudio. En las primeras discusiones que teníamos, decíamos: «Mira, si un psicólogo es el que diagnostica, si un psicólogo es el que lleva estos tratamientos, es esta figura de autoridad que normaliza... yo no quiero ser psicólogo». Pero con la contradicción de que estábamos estudiando la carrera. En esto, formamos un grupo de estudiantes de psicología comunitaria y un grupo de estudios de psicología crítica, este último con apoyo de una profesora. [...] De este grupo de estudios de psicología crítica salió la revista Pánico en crisis.

El primer número de la publicación *Pánico en crisis. Boletín de contrapsicología y estudios críticos*³¹ nace en el año 2009, con una serie de artículos sobre diferentes temáticas: antipsiquiatría, sexualidad, masculinidad, ética, subjetividad, etc. En el editorial de este número, podemos leer:

¿Por qué contrapsicología? Esta expresión la tomamos del boletín El rayo que no cesa, un movimiento que rescata las bases de la antipsiquiatría y se desarrolla en la

29. En su página web están las diferentes convocatorias y comunicados que llevaron a cabo: bit.ly/3hpsEYU.

30. Una de estas charlas puede verse en el siguiente enlace: bit.ly/2KXsOdQ.

31. Los números pueden descargarse en la página web que utilizaba el colectivo: bit.ly/2KzhfK2.

década de los noventa en Barcelona. La contrapsicología se opone a la psicología tradicional, denuncia el modelo clínico, en cuanto terapia significa servir y cuidar el statu quo, es estudio desde una posición crítica sobre el pretendido estatus científico de la psicología y también es actividad, en la medida en que intenta articular un movimiento que lucha por los derechos de los ciudadanos que caen en el sufrimiento emocional, en la locura, en la marginación, producto de situaciones complejas que dependen del contexto histórico-social actual. De este modo, el sentido de la contrapsicología es humanizar la psicología, ponerla al servicio de la ciudadanía y no a los intereses de la dominación, denunciarla como ideología y cuestionarla en sus implicancias, fundamentos y prácticas.

En el año 2010, saldrá el segundo número de la revista y, en su editorial, se presentará al colectivo editor como Centro de Estudios Contrapsicológicos (CEC). Este es el resultado de la afiliación del grupo de estudios en psicología crítica a la OCEP, participando en las movilizaciones por la despatologización de la diversidad sexual que hemos mencionado y en la organización de espacios de reflexión. El CEC será central en el desarrollo de los futuros acontecimientos.

En el 2011, organizan un Encuentro Nacional de Contrapsicología cuyo eslogan es «Contrainstitución, autonomía y poder popular» y que tendrá lugar en una junta vecinal, es decir, lejos de las universidades. Ese mismo año, el Gobierno intenta eliminar las ayudas económicas que permitían que los hijos e hijas de familias sin recursos pudiesen estudiar en centros universitarios. En contra de esta medida, se desarrolla un movimiento estudiantil que toma las universidades y convoca manifestaciones, que serán masivas. Muchos tenían la experiencia previa de haber participado en el movimiento Pingüino. El CEC y la OCEP no serán ajenos a estas movilizaciones y aprovecharán para conectar con la lucha estudiantil mediante la reflexión crítica sobre la psicología. Como señala una persona que estuvo presente:

No solamente estábamos en las marchas pidiendo que nos dieran las ayudas, sino que empezamos a autoformarnos, a generar grupos de estudio, a organizar clases abiertas en las plazas y se empiezan a utilizar otros métodos de lucha social más ligados al arte, a la intervención urbana, al flashmob. [...] En contacto con el CEC de Santiago, comienzo a participar desde Valparaíso y empezamos a generar algunos nexos, a hacer algunos espacios de autoformación. [...] El principal planteamiento era que la psicología es de por sí política, en cuanto que lo personal es político y en cuanto que la ciencia no puede tener una neutralidad frente a los procedimientos que está generando. [...] Fue bien marcado por Carlos Pérez Soto, que también participaba harto³² en los espacios de formación que teníamos.

«La psicología es política o es científica», como si fuese algo irreconciliable. [...] [Desde el lado cientifista] la psicología política y la psicología comunitaria surgen como una anécdota más, dentro de la oferta del mercado psicológico. Nosotros también teníamos una crítica al modelo de los congresos, al modelo de la Academia, en términos de que era como ir a un supermercado, ir consumiendo distintos tipos de ponencias que podían ser supercontradictorias. Entonces tú podías ir a una ponencia sobre métodos de conversión de la homosexualidad y, al mismo tiempo, de diversidad de género, en el mismo congreso. Es algo ridículo. Y aparte muy caro. Y esto mantenía a la mayoría de los estudiantes fuera de poder participar de estos espacios.

En Valparaíso, se forma un grupo llamado Contrapsicología y Acción Comunitaria, que seguirá los pasos del CEC, pero con una visión más pragmática. Una persona involucrada en este colectivo nos comenta lo siguiente:

32. En España, se diría «mucho».

Ya no queríamos destruir la psicología [...]. Sin perder la radicalidad, este purismo político se empieza a flexibilizar respecto al lugar que se puede ocupar desde la institución y desde la disciplina. [...] Si entramos en el sistema, tenemos la posibilidad de recuperar recursos y redistribuirlos entre la población.

[La frase] «Yo cambio las cosas desde mi espacio de trabajo» nos parecía insuficiente. [...] Algo que queríamos combatir era que las comunidades le pidieran al Estado la solución a sus propios problemas en vez de autoorganizarse y generar respuestas por sí mismas. Lo que hace la psicología comunitaria de las instituciones es mantener esta dependencia hacia el Estado [...]. La lógica de conspirar, y desde el trabajo en red co-inspirarnos. Correr los límites que tiene la disciplina cada vez más fuera de ella.

Todo esto durará hasta el 2014, año en el que se disuelven formalmente el CEC y la OCEP. Algunos de sus miembros continuarán en otros colectivos y desembocarán en el activismo en salud mental actual. El grupo de Contrapsicología y Acción Comunitaria aguantará hasta el intento de organizar un GAM en Valparaíso, que por diversos motivos no funcionó.

Pese a la gran cantidad de actividades realizadas y a la función que cumplió de agitar las aguas, a este movimiento suelen hacerse varias críticas. En primer lugar, la elaboración de un discurso intelectualizado más allá de lo necesario, alejándose de los sectores sociales en los cuales pretendía arraigar, incluyendo el de las personas psiquiatrizadas. En segundo lugar, la contrapsicología en Chile, al igual que en España, se redujo también al ámbito universitario y teórico. No llegó a plantear alternativas viables. Por último, como una de las personas entrevistadas nos señala, no se puede dejar de analizar el componente de clase social, especialmente en Chile, aunque también en España. Según ella, el discurso contrapsicológico ha estado presente únicamente en universidades críticas. En estas, la politización de la psicología es la perspectiva hegemónica, lo que permite que no salga de esa comodidad:

Las universidades críticas terminan siendo las universidades públicas. Quizás es extraño, pero es donde acaba yendo la élite. La gente que estudia en colegios privados, donde tienen buena base, hacen una buena prueba de selección y terminan en esas universidades.³³ También la élite de gente que ha estado en colegios públicos, pero son de excelencia, a los que cuesta un montón entrar, les hacen una prueba de selección... y qué se yo, de veinte entrarán dos. [...] Esta brecha discursiva, desde dónde pensamos la sociedad, tiene que ver muchísimo con eso. Mucha gente pobre que termina en universidades privadas no tiene acceso a un discurso más crítico, porque no se lo permiten; si tú lo comienzas a hacer te sancionan, te expulsan. Y yo creo que el discurso que uno recibe en la universidad es superrelevante para el camino profesional que uno va a tomar. Y, de hecho, generalmente los profesionales que están en temas de salud mental desde una perspectiva política son profesionales que han salido de universidades de élite. La mayoría de la población profesional termina siendo gente pobre estudiando en universidades privadas, de conglomerados económicos de derechas y que lo que hacen es generar profesionales funcionales al sistema.

Termina siendo un discurso muy vanguardista. Yo creo que uno, por comodidad, se va quedando en espacios más políticos, [antes] que tratar de hacer algo: desde dónde abordamos la terapia, desde dónde abordamos lo clínico... No sé

33. En Chile, las universidades públicas tienen mayor prestigio y las pruebas de acceso son más difíciles. Las personas de clase alta tienen ventajas en estos exámenes, porque han acudido a colegios privados. En los centros públicos, hay una mayor profundización y, por tanto, una mayor presencia del discurso crítico entre el profesorado y el alumnado. Las personas sin recursos económicos, al haber acudido a colegios públicos, tienen menos probabilidades de acceder a estas universidades. Por tanto, las opciones que se les presentan son renunciar a formarse o endeudarse para estudiar en una universidad privada. Este es el sesgo del que habla la persona entrevistada. Las universidades públicas son más críticas, pero este discurso llega principalmente a personas de clase alta. En España, en general, las personas con más recursos económicos acuden a universidades privadas y el resto, a las públicas. No existe un discurso crítico en ninguna de las dos, al menos no en el ámbito de la psicología.

si hay alguien que haga clínica desde ese discurso tan crítico. La gente que termina en movimientos sociales no es gente pobre, no es gente que ve a sus vecinos, familias donde el padre es alcohólico, la madre toma un bote de pastillas y donde los niños toman Ritalín... No es esa gente. Creo que por eso cuesta llegar más allá, llegar más a esta gente. Entonces, estos profesionales terminan haciendo clínica para gente que tiene dinero y, a la vez, están en movimientos sociales.

No obstante, esto no significa que la contrapsicología en Chile no tuviese aspectos positivos. Desde mi punto de vista, se intentó unir el cuestionamiento de la psicología a la movilización social. Creo que esta vía puede dar paso a reflexiones muy necesarias, puesto que supone tomar responsabilidad sobre el componente social y político de la disciplina. Por otra parte, a diferencia de los colectivos españoles, creo que se acercaron al planteamiento de alternativas. Al disponer del trasfondo histórico eminentemente práctico de la psicología comunitaria, los debates se iniciaron desde un lugar distinto al meramente académico y universitario. En España, el patrón principal era el conductista, y había pocos resquicios por los que introducir las reflexiones; llegar a propuestas concretas quedaba muy lejos. En cambio, el modelo principal en las universidades de Chile era (y es) la psicología comunitaria. Pese a ser una sombra de lo que fue, supuso un terreno de juego mucho más fértil. Un ejemplo de puesta en práctica fueron los estudiantes que acudieron a las poblaciones castigadas por el terremoto del año 2010. En estas situaciones, aparecían dudas acerca de cómo pasar de un sujeto individual a uno colectivo, cómo salirse del papel asignado al psicólogo por parte de las instituciones, cómo sustituir lo asistencial por lo solidario, qué diferenciaba a la contrapsicología de una ONG, cómo fomentar la autoorganización de la comunidad, debates sobre los roles de poder y qué relación debe haber entre el profesional de la psicología y la población.³⁴

34. Ignacio Abarca, Yudi Acuña, Morelia Álvarez y Jorge Benítez: «Explotación solidaria. Una experiencia de trabajo comunitario en la localidad de Población, Región de O'Higgins», *Pánico en crisis*, 2010, pp. 67-71.

LA IRRUPCIÓN DEL ACTIVISMO EN PRIMERA PERSONA

Un giro de 180 grados: la perspectiva en primera persona

Hasta el momento, los movimientos y perspectivas descritas han sido protagonizados por profesionales de la psiquiatría o la psicología. A medida que estos movimientos se han ido agotando o estancando, han ido surgiendo diferentes experiencias de activismo en primera persona o activismo loco.¹ ¿Qué quiere decir «en primera persona»? Significa que los afectados son los que más conocen su problemática y que, por este motivo, reclaman su legitimidad y toman la iniciativa. En la práctica, se trata de grupos y propuestas en las que el peso no recae

1. Por el momento, me he encontrado con ambos términos por igual. No obstante, he de señalar que no todos los activistas se identifican con el término «loco» o «loca». Hay personas que no se consideran locas, debido a que su problemática está más relacionada con aspectos emocionales que con percepciones o creencias acerca de la realidad. Otras no se sienten identificadas con este término, porque lo consideran estigmatizador y no se encuentran cómodas utilizándolo. Por esta razón, pese a que usaré ambas terminologías, he preferido emplear en mayor medida el de «en primera persona».

en profesionales ni en familiares, sino en las propias personas con sufrimiento psíquico.² Este nuevo protagonismo es de vital importancia para comprender el activismo contemporáneo en salud mental, puesto que ha dado un vuelco a los discursos anteriores. De objetos pasivos a sujetos activos, de repetir discursos a elaborar los suyos propios. Trataré de sintetizar sus características más importantes a partir de aquí.

Crítica a los familiares

La perspectiva en primera persona ha resituado a la familia, analizándola desde dos puntos de vista: como espacio de cuidado y desde la óptica de las asociaciones de familiares.

En primer lugar, se ha elaborado un replanteamiento de la familia como espacio de cuidado. Existe un reconocimiento hacia el apoyo que pueden proporcionar los parientes, ya que, en muchas ocasiones, generan entornos de comprensión y suponen un lugar seguro. Sin embargo, esto no siempre es así. Una parte de las personas con sufrimiento psíquico han visto en sus familiares un factor promotor del malestar antes que del bienestar. Este entorno tiende a otorgar a los profesionales de la salud mental una legitimidad que no le otorgan a sus seres

2. Es necesario distinguir las expresiones «activismo en primera persona», «activismo profesional» y «activismo en salud mental». El primero hace referencia a discursos y propuestas elaborados por personas que se basan en su propia experiencia con el sufrimiento psíquico. El activismo profesional es el que realizan los propios profesionales, como hemos visto en los ejemplos de la antipsiquiatría y la contrapsicología, aunque en la actualidad está tomando otras formas. En cuanto al activismo en salud mental, englobaría los dos anteriores e incluiría a colectivos mixtos, en los que activistas en primera persona comparten espacio con profesionales, familiares u otros individuos interesados. Son los más comunes, y en ellos las ratios de profesionales y activistas en primera persona varían. En todos los colectivos mixtos que he podido conocer, se ha tenido en cuenta el riesgo de que los profesionales lleven la voz cantante y reproduzcan la invisibilización de las personas con sufrimiento psíquico. La razón de que le dedique un apartado al activismo en primera persona es que los sujetos son las personas directamente afectadas, lo que les da mayor legitimidad. Además, los activistas en primera persona, en colectivos mixtos o no, son los que están impulsando las iniciativas más interesantes.

queridos. De este modo, cuando la opinión de los profesionales es contraria a la de la persona con sufrimiento psíquico, las familias tienden a posicionarse a favor de los profesionales. Para muchos activistas, sus parientes han sido una extensión de los profesionales, puesto que a menudo cumplen funciones similares (por ejemplo, en la administración de la medicación o en el control de las conductas). Esto es debido a la creencia de que los especialistas tienen las respuestas adecuadas o el saber correcto acerca del sufrimiento psíquico. Lo que se critica no es que se ejerza cierta cantidad de control en determinadas circunstancias (a veces puede ser necesario), sino que habitualmente se lleve a cabo de una forma desproporcionada, inflexible o paternalista. También puede darse la situación de que algún familiar tenga un interés particular en mantener sin vida propia a la persona con sufrimiento psíquico. Por ejemplo, padres que temen que sus hijos se vayan de casa o inicien relaciones de pareja, familias que viven de una pensión o que presentan una inercia de infantilización muy fuerte.

Además, el entorno familiar puede ser el escenario en el que han sucedido los traumas de la infancia y la adolescencia. Abusos sexuales, maltrato, negligencia, frialdad emocional, abandono, sobreprotección o crítica extrema son algunos ejemplos de experiencias que pueden traducirse en problemas de salud mental. No hay espacio para desarrollar las implicaciones que el modelo del trauma tiene para el campo de la salud mental. Sin embargo, sí que es importante señalar lo poco que es tenido en cuenta y la escasa conciencia de las propias familias sobre el potencial traumatizante que poseen.

En segundo lugar, se critica a las asociaciones de familiares debido a la invisibilización que ejercen sobre las personas con sufrimiento psíquico. Dentro de estas mismas entidades, son los familiares los que detentan la mayor parte del peso en la toma de decisiones, por lo que se llevan a cabo más actividades enfocadas a ocupar el tiempo libre que a la reflexión o a la elaboración de reivindicaciones. En las ocasiones en las que sí que se han planteado reclamos, estos se han propuesto en términos cuantitativos (más profesionales, más presupuesto en salud

mental, más centros, etc.), dejando de lado aspectos cualitativos (eliminar prácticas coercitivas, sobremedicación, replanteamiento de los roles familiares, debate, etc.). Esta invisibilización ha llevado a que, en ocasiones, los familiares se posicionen como víctimas de unas instituciones que no les escuchan. Sin menospreciar la carga que el sufrimiento psíquico puede suponer para una familia, este protagonismo implica una confusión fundamental en relación con el motivo por el cual se realizan las reivindicaciones y en cuanto a quiénes son las personas verdaderamente afectadas.

Redefinir el estigma

Podemos decir que hay dos concepciones acerca del estigma. Por un lado, encontramos la definición tradicional, que considera que se trata de un conjunto de prejuicios e ideas equivocadas acerca de los problemas de salud mental.³ Esta interpretación es un lugar común en el que convergen todo tipo de instituciones, asociaciones y colectivos. Forma parte de la cultura de la salud mental, debido al consenso social que la acompaña. Hasta el biologicista más recalcitrante, que utilice la expresión «enfermedad mental» y defienda la sobremedicación, estará también a favor de la «lucha contra el estigma» si es en estos términos.

Por tanto, se trata de un campo lleno de frases hechas, que dejan fuera del análisis el contexto social. El estigma en salud mental ha ido variando a lo largo de la historia: por ejemplo, hace siglos se consideraba que las personas locas estaban poseídas por el demonio. En cambio, en otras épocas y/o culturas no ha existido el estigma como tal, asumiendo que las personas con visiones tenían el don de realizar premoniciones o hablar con los dioses. Hemos visto como en muchos manicomios se

encerraba a personas con alcoholismo y a personas locas, que compartían el estigma por motivos diferentes. Por tanto, este último está condicionado por la forma que adopta en cada sociedad y se manifiesta cuando se requiere excluir cierta clase de comportamientos. Las conductas son seleccionadas en función del contexto histórico, social y cultural. Hoy en día, una persona que estuviera hablando sola acerca de Dios sería señalada, pero no porque se la considerase peligrosa, sino porque no encaja con el comportamiento cívico. Hace unas décadas, las opiniones al respecto habrían sido más variadas y no hubiera existido una perspectiva uniforme. Las creencias religiosas tenían un peso social muy diferente y el comportamiento cívico obedecía a otros criterios.

También hay que tener en cuenta que algunos de los factores que contribuyen al estigma son producidos por el propio sistema de salud mental. No hay que olvidar que muchos diagnósticos se utilizan de forma peyorativa. La *esquizofrenia* es un diagnóstico, pero también se ha convertido en un insulto y en una palabra acompañada de connotaciones negativas. Lo mismo sucede con la noción de «enfermedad mental». En ambos casos hay una defensa férrea de la legitimidad de la palabra, en lugar de analizar el modo en que el lenguaje cambia e incide de diferentes maneras en el campo de la salud mental. Por su parte, la medicación (y, especialmente, sus efectos secundarios) afecta a las emociones, la sociabilidad, la concentración y el cuerpo de las personas que la toman. Es decir, produce una serie de efectos visibles que *dela-tan* a la persona como alguien «con problemas». Resulta llamativa la poca presencia de este tipo de cuestiones en la mayor parte de campañas contra el estigma, o en círculos profesionales. Se interviene como si el estigma fuese independiente de las condiciones sociales y una mera colección de malentendidos.

En consecuencia, el activismo en salud mental ha encontrado en la lucha contra el estigma un campo en disputa. Se considera que el estigma está sujeto a las condiciones sociales, económicas y culturales; es achacable a una pérdida de derechos, o a un entramado de relaciones de poder, no a una serie de malentendidos acerca de lo que implica el malestar

3. Algunas de estas ideas son que la persona loca es violenta, que es incapaz de trabajar, que vive completamente ajena a la realidad, que no tiene ética o moral, que no puede llevar las riendas de su propia vida, etc. No es tanto que estas ideas nunca sean ciertas, sino que se considera que siempre lo son.

psíquico. Por ejemplo, una medida habitualmente reivindicada por las asociaciones de familiares para luchar contra el estigma es el acceso al trabajo asalariado. Desde el activismo en primera persona, en cambio, se habla del contexto neoliberal y sus exigentes condiciones como el verdadero causante de la exclusión del mundo laboral. El objetivo, por tanto, no es conseguir un nicho de trabajos reservado a personas con sufrimiento psíquico, sino que el trabajo para estas últimas sea consecuencia lógica de unos derechos laborales compartidos. Del mismo modo, elegir no trabajar debería ser una opción legítima, sin considerarse como una derrota o tener como consecuencia una infantilización o dependencia.

Otro papel para los profesionales

Respecto a los profesionales, hay una amplia disparidad de opiniones. Se trata de un tema controvertido.⁴ Y esta controversia no es infundada, puesto que son quienes hacen funcionar el campo de la salud mental, y todo lo que se diga sobre ellos es determinante. En este sentido, el activismo en primera persona se atreve a cuestionar sus prácticas y a exigir cambios. Al fin y al cabo, son expertos en las disciplinas *psi*, que no es lo mismo que ser experto en sufrimiento psíquico. De este modo, se reclama legitimidad para reflexionar, opinar y decidir sobre aquello que les afecta directamente. Algunos ejemplos de propuestas de cambio son: no sobremedicar, incluir cuestiones relacionadas con el contexto social en la terapia, tratar de evitar ingresos hospitalarios por todos los medios, dejar de imponer visiones reduccionistas, replantear las relaciones de poder, eliminar las estrategias coercitivas, dejar de tener una visión paternalista, respetar las decisiones de la persona, etc.

4. Debo advertir que, al ser profesional, he escrito este apartado con especial inseguridad. Hay que tener en cuenta que el debate acerca de los profesionales en círculos activistas cambia frecuentemente las tendencias. En consecuencia, he intentado trazar simplemente algunas ideas generales.

Sin embargo, también existe una conciencia de las limitaciones que los profesionales tienen en sus puestos de trabajo. Esto sucede debido a varios factores. En primer lugar, las reflexiones acerca de las prácticas del sistema de salud mental tienen todavía que tomar forma entre este colectivo. Son pocas, abstractas y, por lo general, son recibidas con muy poco interés. También hay que tener en cuenta que los cambios pueden amenazar sus puestos laborales y esto implica reticencias. Además, los profesionales trabajan en un sistema amplio y edificado sobre unas estructuras muy rígidas, por lo que, observados desde un punto de vista macro, todos los cambios serán necesariamente pequeños. Por último, no hay una tradición de lo colectivo en el ámbito de la salud mental, no existen espacios para cuestionar o reflexionar de forma real y sin intereses de por medio. En mi experiencia, la primera reacción de los especialistas cuando conocen las iniciativas del activismo en salud mental es la sorpresa, más que la de sentirse atacados.

En este punto, podría afirmarse que las opiniones se dividen en dos propuestas de actuación. Una los invita a cambiar sus prácticas. La otra plantea que lo único que pueden hacer es dejar sus puestos de trabajo, ya que esta defiende que los sistemas de salud mental deben desaparecer. La mayor parte de activistas no ven contradicción entre ambas, y consideran que pueden pedir transformaciones realistas y posibles a corto plazo, a la vez que se trabaja para conseguir grandes cambios (se traduzcan en un desmantelamiento del campo de la salud mental o no). Algunos profesionales afines al activismo han decidido abandonar sus puestos de trabajo debido a las contradicciones que les generaba su rol y la escasa posibilidad de introducir modificaciones. Otros permanecen en ellos, intentando impulsar esa transformación, con todas las dificultades y limitaciones que hemos mencionado. También los hay que han dejado el sistema público, pero continúan buscando otros formatos en lo privado. No existen recetas definitivas y las líneas del debate continúan abiertas.

Tomar el espacio público

A diferencia de los movimientos anteriores, el activismo en primera persona utiliza la movilización y la presencia en el espacio público para plantear sus reivindicaciones. En Chile, esta forma de protesta tiene un amplio protagonismo. Por ejemplo, dos veces al año se realizan actos de protesta contra el *electroshock* delante de un hospital psiquiátrico; algunos colectivos participan en manifestaciones llevando pancartas y panfletos que visibilizan cuestiones relacionadas con la salud mental. Entre ellos, destacamos el colectivo No es lo mismo ser loca que loco, que se suma a las manifestaciones feministas, o la campaña «Por una niñez libre de drogas psiquiátricas», que se une a las movilizaciones en contra de las malas condiciones en los centros de menores.

Al situarse en el espacio público, el activismo en el campo de la salud mental reivindica una serie de elementos de manera directa, pero, además, de forma no tan explícita, se pone en el punto de mira de la justicia social. Movilizarse y protestar en el espacio público envía un mensaje de urgencia, conflicto y gravedad de la situación. De este modo, el debate acerca de cómo mejorar la atención en salud mental se aleja de la perspectiva estrictamente técnica o científica. En su lugar, se ponen cuestiones relacionadas con los derechos humanos, el abuso de poder y la libertad de las personas.

Por otro lado, el espacio público siempre ha sido un lugar lleno de dificultades para las personas con sufrimiento psíquico o experiencias inusuales. Se trata de un entorno en el que muchas han encontrado conflictos y han sentido limitado su derecho a estar. De este modo, la presencia (o la ausencia) de personas con sufrimiento psíquico en el espacio público pone en cuestión la libre circulación y muestra las pequeñas fronteras que impiden el paso a determinadas personas. Otorgarse el derecho a ocuparlo, y hacerlo en términos de protesta y movilización, dinamita esas pequeñas fronteras y rompe con la ilusión de que el espacio público es público.

Análisis de las relaciones de poder

El manicomio era el lugar en el que sucedían las prácticas más evidentemente represivas y cargadas de poder. En la actualidad, se dan varios factores que han allanado el paso a un análisis más complejo de las relaciones de poder en el ámbito de la salud mental. Uno de los factores principales es que, si bien el manicomio no ha desaparecido como tal, su uso se ha visto disminuido. Esto ha supuesto una diversificación de dispositivos, acompañada de una amplia variedad de prácticas. Donde antes estaba solo el manicomio, ahora hay psicoeducación,⁵ talleres grupales, grupos familiares, psicoterapia, etc. Puesto que todas estas prácticas han derivado del manicomio, es necesario reflexionar sobre si el fin del encierro implica automáticamente el logro de la libertad.

Podemos decir que, en el terreno de la salud mental, coexisten dos maneras de ejercer poder. La primera son las prácticas explícitamente coercitivas: ingresos forzosos, atar a la cama, sobremedicar, etc. En cuanto a la segunda, su característica principal es que es difícil de detectar, ya que sucede en relaciones y espacios poco asociados a un ejercicio de autoridad. Esto abre una serie de lecturas acerca de quién detenta el poder, y cómo lo hace, que prestan atención a los actos cotidianos, incluyendo aquellos de carácter bienintencionado, dado que estos suceden entre roles que parten de una posición desigual. De hecho, solamente tienen sentido en esos roles. Así, el poder también puede ser ejercido por un profesional con buenas intenciones, pero que no es consciente de que está actuando desde una posición paternalista. Otro ejemplo es el de la psicoeducación, porque

5. El término «psicoeducación» hace referencia a una parte habitual en los protocolos de los dispositivos de salud mental especialmente utilizado para las patologías calificadas como «graves». En principio, consiste en dar información a la persona con sufrimiento psíquico acerca de lo que le está sucediendo. Sin embargo, suele criticarse que, en la práctica, la información que se ofrece es exclusivamente biologicista, que excluye otros enfoques, que impide a la persona generar un relato propio y cuyo objetivo prioritario es conseguir la adherencia al tratamiento, es decir, que la persona no deje de tomarse la medicación.

supone imponer una determinada perspectiva acerca del propio sufrimiento. Sin una desigualdad fundamental entre el rol de profesional y el rol de paciente, estas prácticas no tendrían sentido o se considerarían indignas. Una relación de poder, enmascarada y diluida, las convierte en lógicas y razonables.

Desde otro enfoque, las relaciones de poder pueden analizarse como origen y/o factor potenciador del sufrimiento psíquico. Existen innumerables investigaciones que conectan experiencias de opresión social con malestar psíquico; de hecho, la opresión siempre conlleva cierto ejercicio de poder. Experiencias de racismo, machismo, migración, desempleo o dificultades económicas se han vinculado con una mayor presencia de sufrimiento psíquico. Algunos activistas plantean la existencia del «cuerdis-mo», que sería aquel sistema que otorga poder y privilegios a las personas cuerdas sobre las personas locas.⁶

Desde la perspectiva en primera persona, el poder se recibe de primera mano. Por tanto, es lógico que se estén redefiniendo los criterios para considerar lo que es un ejercicio de poder y lo que no. Al reajustarse la línea que los separa, se producen resistencias por parte de las personas que mantienen los criterios anteriores. Concretamente, los individuos que ejercen el poder tienden a defender su derecho a hacerlo con diversos argumentos, entre los cuales podemos destacar cuatro:

- Paternalismo, que consiste en señalar que el ejercicio de poder es indispensable para el bienestar de la persona.
- Desconocimiento, que implica remarcar que no es poder lo que está teniendo lugar, sino otra cosa (cuidado, preocupación, etc.).
- Obligación, que consiste en indicar que ciertas prácticas de poder se ejercen porque se están obedeciendo órdenes de una escala superior en la jerarquía.

6. En este sentido, una perspectiva interesante es el marco Poder-Amenaza-Significado, que analiza precisamente estas cuestiones y proporciona una gran cantidad de investigaciones al respecto. Puede ahondarse en él, en el siguiente enlace: bit.ly/38AMA6W.

- Exageración, que consiste en señalar a las personas con nuevos criterios como exageradas o excesivamente sensibles.

Dicho todo esto, me gustaría señalar que otra consecuencia de vivir el poder en las propias carnes es que la experiencia cambia tanto las formas de analizarlo como las maneras de expresar los análisis. En muchas ocasiones, no se efectúa necesariamente con las mismas formas y herramientas habituales de otros movimientos sociales —a través de textos teóricos y de lenguaje innecesariamente enrevesado—, sino mediante la construcción de una sensibilidad y una mirada nuevas en las que este análisis está incorporado. En este sentido, creo que se trata de una manera de aterrizar en lo concreto algo que, de otro modo, quedaría en un plano exclusivamente abstracto o académico. Las lecturas sobre el poder se realizan desde una perspectiva subjetiva, cotidiana y basada en la propia experiencia. Lo que para algunas personas es un ejercicio de poder, puede no serlo para otras. Hay quien ve necesaria cierta cantidad de poder, mientras que hay quien trata de erradicarlo en su totalidad. Así, se trata más de una constelación de análisis que permiten un debate sobre el poder que de un relato único con unas conclusiones que repetir. Otros movimientos sociales pueden aprender de este enfoque. Creo que devolver el debate a un plano en el que cualquiera puede aportar y permitir el acceso al cuestionamiento (en lugar de dificultarlo) es una buena manera de contrarrestar la omnipresencia de los formatos de reflexión academicista.

Conexión con otros colectivos sociales

Como consecuencia lógica de todo lo que estamos viendo, el activismo en primera persona está tratando de vincularse con otros colectivos sociales que sufren situaciones de desigualdad. Hasta el momento, considero que —como veremos más adelante— el movimiento social con el que más está acercando posturas es el feminismo. Por otra parte, también se están produciendo una serie de diálogos con otros colectivos

sociales no del todo organizados como tales, como puede ser el de las personas abusadas sexualmente en la infancia. Esto está suponiendo que los análisis se crucen, y se aporten de este modo perspectivas que los enriquecen mutuamente. Siguiendo el ejemplo mencionado, las personas que han sufrido abuso sexual infantil son proclives a manifestar sufrimiento psíquico, mientras que muchas con sufrimiento psíquico han sido víctimas de abuso sexual o de otro tipo durante su infancia. Estas tienen así la posibilidad de compartir vivencias que pueden haber sido similares, como el silenciamiento, los sentimientos de vergüenza, la experiencia de «salir del armario» o la pelea por la legitimidad del relato propio.

Este reconocimiento entre grupos tiene que ver con varios factores. Uno ya lo hemos apuntado: el sufrimiento psíquico está presente en la realidad cotidiana de la mayor parte de los colectivos en situación de desigualdad. No es de extrañar que haya un interés mutuo a la hora de intercambiar herramientas, compartir análisis y plantear reivindicaciones conjuntas. Otro factor son las formas de opresión compartidas. Una de las experiencias más habituales es el bloqueo de la posibilidad de producir discursos propios. Un ejemplo muy claro lo presenta la lucha de las personas trans contra la despatologización de la transexualidad: tanto las personas trans como aquellas con sufrimiento psíquico ven como sus voces son puestas en cuestión, mientras que se confiere legitimidad a los discursos psiquiátricos y psicológicos. Todavía sorprende que aparezca en un medio de comunicación una persona con problemas de salud mental hablando de salud mental, o una persona trans hablando de transexualidad, en lugar de que lo haga un médico, una psiquiatra o un psicólogo.

Apropiarse del lenguaje

Otro aspecto fundamental del enfoque en primera persona es que está construyendo un lenguaje propio, un lenguaje que cada persona adapta a sus necesidades y formas de entender el sufrimiento psíquico. Por ejemplo, como alternativa a la expresión

«enfermedad mental» suelen utilizarse diferentes conceptos como «sufrimiento psíquico», «malestar psicológico», «malestar emocional», «locura», «diversidad mental» o «problemas de salud mental». También hay algunas alternativas al término «paciente» o «usuario/a», como por ejemplo «persona diagnosticada», «loca», «superviviente de la psiquiatría» o «psiquiatrizada». Cada cual decide qué expresión utiliza para describir su experiencia. Además, el uso de estos términos tiene como consecuencia un desplazamiento importante. Pone el foco en la experiencia de la persona y abre la posibilidad a la autogestión. Desde el enfoque biologicista y su utilización del apelativo «enfermedad mental», las experiencias tienen una explicación, pero no un significado propio. Al definir las como «sufrimiento psíquico» (u otro término), se admite, precisamente, que no existe una explicación cerrada y definitiva.

El hecho en sí de que se estén proponiendo y la posición desde la que se hace ya son importantes. Tradicionalmente, la mayor parte del lenguaje en salud mental ha sido producido por las disciplinas *psi*. Cuando estas ponen nombres a las experiencias de sufrimiento psíquico, no están realizando una propuesta en pie de igualdad con otros puntos de vista. La cultura de la salud mental las ha dotado del poder suficiente como para que sean las que establezcan los únicos términos correctos, convirtiendo a la persona que no los acepta en irracional. Por ejemplo, la palabra «esquizofrenia» es una propuesta de estas disciplinas, pero tiene más poder que otros nombres indicados por otras perspectivas, como «locura» o «escucha de voces». Este poder proviene de una cultura de la salud mental que considera que la mente debe ser cosa de un conjunto de especialistas, que son los únicos legitimados para hablar sobre el sufrimiento psíquico y, por lo tanto, para nombrarlo.

En este sentido, puesto que la imposición de un lenguaje es una forma de poder, proponer otras formas de llamar a las experiencias supone un desafío a este poder. Este reto se realiza mediante tres estrategias:

- La primera es incluir palabras que no estaban en el campo de la salud mental. Un ejemplo es el término «apoyo

mutuo», cuya puesta en circulación propone una nueva relación en términos de cuidado y horizontalidad.

- La segunda estrategia es la de sustituir unos términos por otros. Un ejemplo viene del movimiento Hearing Voices y su propuesta de sustituir «esquizofrenia» por «escucha de voces».
- La última estrategia es la de resignificar términos. Es decir, utilizar la misma palabra, pero cambiando su significado. Como veremos más adelante, el «orgullo loco» es el mejor ejemplo de esta estrategia, puesto que la palabra «loco/a» pasa de ser un insulto a una subjetividad reivindicable cargada de dignidad.

La cuestión del lenguaje está muy presente porque permite dotar de significado a las experiencias que se están teniendo. Gran parte de las reflexiones del activismo en salud mental tiene que ver con los términos que se utilizan y sus consecuencias. No es lo mismo considerarse esquizofrénico que persona con creencias inusuales o percepciones no compartidas, por señalar dos términos alternativos. Tampoco es lo mismo considerarse TLP (trastorno límite de la personalidad) que una persona con alta intensidad emocional o superviviente de un trauma. Buena parte de lo que sucede en el campo de la salud mental está sustentado en palabras cargadas de ideas preconcebidas y significados implícitos. Apropiarse del lenguaje es apropiarse de estos significados y abrir la posibilidad de reflexionar sobre las experiencias de una manera más libre. La idea no es proponer un nuevo catálogo de términos. Antes bien, se trata de plantear que el lenguaje no debe ser inmóvil y que puede ser una herramienta abierta, no cerrada.

Algunas consecuencias

Todo esto supone que los profesionales y familiares deben suspender el control, escuchar, compartir información, replantear su autoridad y establecer un diálogo de igual a igual, en una posición de horizontalidad. En pocas palabras: perder poder y pasar a un segundo plano. En muchas ocasiones, esto ha generado

resistencias. La mayor parte de reticencias a escuchar a los activistas en primera persona provienen de comprobar cómo sus propuestas rompen con inercias históricas y desplazan los posicionamientos convencionales. Muchos profesionales y familiares han visto en este nuevo tipo de activismo una amenaza a la rutina en la que estaban instalados. Las reacciones han sido de diferentes tipos. La más habitual, o que a mí me lo ha parecido, es el paternalismo: por ejemplo, apoyar la propuesta de palabra, pero no en los hechos o considerar que es una idea ingenua o utópica, recibéndola con humor y superioridad. Muchos optan por señalar que esta perspectiva es una moda. La mayor parte no declaran una opinión ni un posicionamiento claro, sea porque no están acostumbrados a involucrarse en debates, sea porque no han llegado a conocer bien estas perspectivas.

Otra consecuencia esencial de la emergencia del activismo en primera persona es que algunos de los planteamientos críticos que ya venían haciéndose cobran una mayor importancia, mientras que otros pasan a un segundo plano. Dar valor a la propia experiencia ha resituado la prioridad dada a algunas iniciativas realizadas desde los ámbitos profesionales en etapas anteriores. Un ejemplo es el de la lucha contra ciertas prácticas como las contenciones mecánicas en España o contra el *electroshock* en Chile, cuya necesidad y urgencia no se habían planteado como hasta ahora. Las personas con malestar psíquico sufren directamente estas prácticas, por lo que desde el principio han sido puestas en el foco por el activismo en primera persona.

También ha habido un cambio de prioridades respecto a la necesidad de la antipsiquiatría y la contrapsicología de encontrar nuevas teorías y escuelas terapéuticas. La perspectiva en primera persona pone en tela de juicio la terapia en sí, entendiendo que es una herramienta útil en ciertas circunstancias, pero también que la salvación no está en encontrar la corriente terapéutica definitiva. Es habitual que las terapias humanistas, o con un trasfondo esotérico, se consideren más cercanas a una perspectiva de liberación, mientras que aquellas con un

enfoque cognitivo-conductual se asocien más al control social. En realidad, se trata de luchas de poder entre las propias escuelas terapéuticas; algunas se visten de corrientes liberadoras y otras de corrientes normalizadoras, para dar la sensación de que unas tienen más conciencia social que las otras. Sin embargo, cada vez se pone más énfasis en que el vínculo terapéutico en sí mismo es una relación de poder (elegida o no), y que una determinada corriente, ya sea mayoritaria o minoritaria, no la acerca más a la horizontalidad. Para la cuestión que nos ocupa, más importante que su enfoque terapéutico es la comprensión de las dinámicas de poder que genere la persona terapeuta. Por su parte, muchas de las herramientas desarrolladas desde el activismo en primera persona no tendrán que ver necesariamente con eliminar experiencias de sufrimiento psíquico ni con una perspectiva de curación. En su lugar, se propone compartir estas experiencias, encontrarles un significado y aprender a relacionarse de una forma diferente con ellas.

Por último, otra de las consecuencias es que algunas propuestas de la perspectiva en primera persona están siendo integradas en los sistemas de salud mental. Así, cada vez es menos raro ver que se organizan GAM en centros de salud mental, o escuchar a profesionales que hablan de factores sociales para elaborar sus explicaciones sobre el sufrimiento psíquico. Para el activismo esta es una cuestión a debate, ya que puede considerarse que si estas iniciativas se incluyen en el sistema de salud mental pierden su potencial transformador. Este riesgo es muy real, puesto que dicha inclusión suele realizarse como si las iniciativas fuesen un modelo más que implementar según convenga y no en función de una lectura crítica sobre el funcionamiento global del sistema de salud mental. Por otro lado, puede pensarse que este tipo de planteamientos dentro de dicho marco pueden suponer un trato más humano hacia las personas, por lo que puede ser adecuado, incluso en términos de supervivencia. Como hemos señalado respecto a otros procesos, el debate está abierto.

De la despatologización de la homosexualidad al movimiento Hearing Voices

En los años setenta del siglo xx, mientras en Chile empezaba una dictadura y en España finalizaba otra, en Estados Unidos surgió un movimiento activista formado por las propias personas psiquiatrizadas. Sin ánimo de ser exhaustivos en esta descripción, podemos realizar un breve acercamiento al tema.

La despatologización de la homosexualidad: una experiencia pionera

Podríamos considerar el movimiento LGBTBI+⁷ como uno de los principales precursores de la lucha contra la despatologización. La presencia de la homosexualidad en el manual DSM desde su primera versión en 1952 daba argumentos a aquellos que consideraban que la homosexualidad era una conducta desviada, enferma o anormal y que *se curaba* como cualquier otra dolencia, llegando a realizar investigaciones sobre tratamientos y porcentajes de sujetos sanados. En 1970, un año después de los disturbios de Stonewall, el movimiento LGBTBI+ organizó una protesta en una convención de la American Psychiatric Association (APA), organización que elabora el DSM, con el objetivo de poder hablar sobre esta cuestión. En la siguiente convención, en 1971, la APA permitió ponencias por parte de personas del movimiento. Sin embargo, no se eliminó la homosexualidad de la lista de trastornos. En 1972, en otra convención, volvió a montarse una mesa de debate. De nuevo, se planteó que hubiese presencia de activistas LGBTBI+ y psiquiatras, pero no había psiquiatras gais que permitieran la confluencia de ambas perspectivas. Finalmente, se convenció a

7. En aquel momento, todavía era conocido con el término «movimiento gay». Sin embargo, he preferido el término LGBTBI+, porque este movimiento también estaba formado por lesbianas, personas transexuales, bisexuales, etc. Fue a finales de la década de 1990 cuando se empezó a visibilizar y reivindicar esta diversidad y se planteó esta denominación.

John E. Fryer, que reunía ambas condiciones. Debido al miedo a las represalias, este se presentó como «Dr. Anonymous» y salió con una peluca, una máscara y un micrófono que distorsionaba su voz.

Aunque pueda parecer extraño, hasta 1973 la APA no definió del todo qué es y qué no es un «trastorno» (cualquier trastorno, no específicamente el de homosexualidad). El equipo designado para llevar a cabo esta definición señaló que, para calificar una experiencia como «trastorno», debía conllevar, entre otras cosas, malestar y una pérdida de la calidad de vida. En consecuencia, la homosexualidad dejó de considerarse como tal, a pesar de que no fuese por una cuestión de apertura ni de ética, sino por una precisión técnica en la definición. Tras muchas protestas por parte de los psiquiatras conservadores en desacuerdo con esta maniobra, en 1974 la APA convocó una votación en la que solo el 58 % de psiquiatras votó a favor de retirar la homosexualidad del DSM. No fue hasta 1991 que la Organización Mundial de la Salud hizo lo mismo con su manual diagnóstico CIE.⁸

Como he señalado, podemos considerar esta movilización como una de las pioneras en marcar la dirección que tomaría el futuro activismo en salud mental. Se trataba de personas que podían ser psiquiatrizadas en cualquier momento y hoy todavía sería así si esta lucha no hubiese tenido lugar. He considerado importante describirla por varios motivos. En primer lugar, se trata de uno de los hechos que más se mencionan cuando se trata de desenmascarar la neutralidad de las disciplinas *psi*. En aquel momento, existían discursos científicos que, desde perspectivas biológicas o psicoanalíticas, trataban de justificar que la homosexualidad no podía considerarse dentro de la normalidad. Como ya hemos señalado, la ciencia no es imparcial. Es evidente que calificar de «trastornada» a una persona por su orientación sexual supone un posicionamiento político muy claro.

8. Sarah Baughey-Gill: «When gay was not ok with the APA. A historical overview of homosexuality and its status as mental disorder», *Occam's Razor*, 2011, pp. 6-16.

También me parece importante porque, pese a que se retiró la homosexualidad del DSM debido a la redefinición de lo que se entiende por «trastorno», seguramente no habría sucedido sin las protestas llevadas a cabo por el movimiento LGTBI+.⁹ Se trata de una situación sin precedentes en el campo de la salud mental que muestra que luchar puede cambiar las cosas. Para comprender la importancia de este hecho es necesario ponerlo en contexto. Hay que tener en cuenta lo radicalmente conservadora que era la psiquiatría en aquel momento, sin olvidar la clase social privilegiada de la que provenían la mayor parte de psiquiatras, así como de la mayoritaria presencia de hombres frente al número de mujeres en la profesión. Este conservadurismo, clasismo y machismo apenas habían sido cuestionados. Por eso, considero que la protesta del movimiento LGTBI+ abrió la puerta a confrontar unas disciplinas que no tenían oposición alguna.

Inicios del activismo en primera persona en Estados Unidos: de la lucha contra el electroshock al Mad in America

También es 1974 el año que ve el nacimiento de la Network Against Psychiatric Assault (NAPA). Uno de sus principales fundadores fue Leonard Roy Frank.¹⁰ Esta organización inició una serie de movilizaciones que tienen como consecuencia la creación de la Coalition Against Electroshock y la limitación del *electroshock* como tratamiento involuntario en Berkeley (California) en 1982. Muchos centros dejaron de practicarlo

9. La despatologización de la homosexualidad fue una victoria, pero no quiero dar la impresión de que la comunidad LGTBI+ dejó de sufrir discriminación ni mucho menos. Las personas trans todavía tienen que recibir el diagnóstico de «disforia de género» por parte de un psiquiatra para poder operarse. La violencia hacia este colectivo es apabullante en todo el mundo y la homofobia y la transfobia son cuestiones sobre las que queda mucho por hacer.

10. Leonard Roy Frank (1932-2015) recibió comas insulínicas y TEC a la edad de treinta y un años que le produjeron grandes pérdidas de memoria. A partir de ahí se integró en el movimiento de supervivientes de la psiquiatría, formando parte de la revista *Madness Network News* y publicando numerosos artículos y libros. Estos pueden leerse en el siguiente enlace: bit.ly/2Z1epCj.

durante un tiempo, debido a que podían ser señalados públicamente por esta organización.

Otra activista importante de esa época fue Judi Chamberlin,¹¹ que en 1978 publicó *On Our Own. Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*, considerado el manifiesto más representativo de los inicios del movimiento estadounidense. En este libro, Chamberlin describe su propia experiencia como paciente de la psiquiatría, al mismo tiempo que propone que las personas con sufrimiento psíquico pueden cuidarse entre ellas.

En este contexto, algunos colectivos surgidos en la década de los setenta se aliaron en coaliciones como la Insane Liberation Front, el Mental Patients' Liberation Front o la National Coalition of Mental Health Consumer/Survivor Organizations. Este conglomerado de agrupaciones plasmaba sus reflexiones en la revista *Madness Network News* y celebraban un congreso anual (Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression) donde convergían las diferentes organizaciones del país.

Como se trataba de colectivos en primera persona, el surgimiento de este movimiento puso sobre la mesa algunos elementos importantes. En el pasado, ya se habían llevado a cabo reivindicaciones de la locura, pero en esta ocasión ocurre a través de un proceso organizado que allanará el camino al Orgullo Loco, del que hablaremos más adelante. Aparece así un discurso que no propone tanto una alternativa a la gestión de la locura como una reducción o eliminación de las técnicas que se aplican contra ella, principalmente las más coercitivas.

A mitad de la década de 1980, *Madness Network News* dejó de publicarse y el congreso anual pasó a integrarse como actividad del National Institute of Mental Health (NIMH), el órgano estatal que gestiona la salud mental en el país. El movimiento perdió parte de la fuerza que había mostrado inicialmente, mientras empezaba el auge de la medicalización y la biologización de la

atención psiquiátrica. No obstante, continúa activo y movilizándolo a centenares de personas, y a lo largo de los años ha conseguido cambios legislativos que han mejorado las condiciones de la atención a las personas psiquiatrizadas. En este sentido, la relación entre el activismo y las instituciones es un debate siempre candente.

Un par de décadas después de la institucionalización de este movimiento, surgirían proyectos que se situaron fuera de estas instituciones de forma consciente e intencionada. Uno de los más interesantes, desde mi punto de vista, es Fireweed Collective.¹² En el año 2002, Sascha Altman DuBrul, que había formado parte del movimiento punk de la ciudad de Nueva York, escribe un artículo en el periódico *San Francisco Bay Guardian* hablando sobre su bipolaridad y sus experiencias con la psiquiatría. Recibió cartas de muchas personas. Una de ellas fue Jacks McNamara, con quien acabó lanzando la página web Fireweed Collective, una comunidad *online* de personas con sufrimiento psíquico donde pueden encontrarse testimonios, consejos y contactos. Rápidamente esta comunidad virtual evolucionó hacia GAM presenciales en una buena parte de las ciudades estadounidenses e incluso en otros países.

El trasfondo de Fireweed Collective es el movimiento anarquista. No hay espacio para resumir correctamente las múltiples propuestas de este último, por lo que me centraré en las que nos atañen para desarrollar esta cuestión. Desde esta corriente se propugnaban modelos de organización social que no estuviesen mediados por las instituciones estatales ni el mercado. Estas propuestas giran en torno a la idea de la autogestión: organizarse de forma colectiva para llevar a cabo iniciativas de diferente índole, sin esperar a que una instancia de poder lo haga por ti y sin necesitar su permiso. Un elemento similar es el lema *DIY* (*do it yourself* o «hazlo tú mismo»), surgido de la cultura punk, y que animaba a aprender a hacer las cosas por uno mismo para desarrollar la máxima autonomía

11. Judi Chamberlin (1944-2010) fue ingresada en varias ocasiones durante la década de 1960. Se unió al movimiento de supervivientes de la psiquiatría, participando en innumerables colectivos y escribiendo artículos en los que defendía un enfoque basado en los derechos humanos.

12. Denominado anteriormente como The Icarus Project.

respecto al sistema. En el campo que nos ocupa, las instancias de poder pueden equipararse a las instituciones de salud mental, y la autogestión toma la forma de cuidados colectivos basados en el apoyo mutuo.

Fireweed Collective utilizará el enfoque *peer to peer* («de igual a igual»), según el cual las personas que han pasado por sufrimiento psíquico son las que mejor pueden comprender a otras que están viviendo algo similar. De este modo, se revaloriza el saber «en primera persona» frente al saber experto, al tiempo que se proporciona una herramienta alternativa a las que ofrecen las instituciones. La idea *peer-to-peer* en salud mental no nace con este proyecto, pero sí es novedoso que aparezca asociada a la autogestión y el apoyo mutuo. Por tanto, surge no solo como una herramienta eficaz, sino como una iniciativa de transformación social. En efecto, autogestionar implica reapropiarse del malestar y permite elaborar significados, prácticas y discursos propios. Así, puede generarse un territorio sobre el cual construir alternativas. Como veremos, estos principios son vitales para el movimiento en primera persona.

Otro ejemplo también ve la luz en el año 2002, cuando Robert Whitaker publica su libro *Mad in America* y poco después lanza una plataforma web con el mismo nombre.¹³ En esta, se recopilan artículos científicos y columnas de opinión de una amplia lista de colaboradores (tanto del ámbito profesional y académico como del activismo en primera persona). En la actualidad, existen páginas web que siguen el esquema de *Mad in America*, pero en diferentes países: *Mad in Asia*,¹⁴ *Mad in Brasil*,¹⁵ *Mad in Finland*,¹⁶ *Mad in UK*¹⁷ y *Madinamerica-hispanohablante*.¹⁸ Por lo general, en estas páginas web se publican reflexiones, testimonios, entrevistas, herramientas, traducciones, artículos

y movilizaciones, siendo una referencia importante para los respectivos movimientos activistas.

El movimiento Hearing Voices y la lógica de la despatologización

Uno de los movimientos pioneros más importantes que ha inspirado al activismo en salud mental es la perspectiva *Hearing Voices*. Se trata de una alternativa a la asistencia psiquiátrica tradicional consolidada en algunos países, especialmente en Inglaterra. Empezó en Maastricht (Holanda) en el año 1987. Patsy Hague, paciente del psiquiatra Marius Romme, consideraba que escuchar voces, pese a no ser una experiencia habitual, sí que debería considerarse como una experiencia normal y convenció a este profesional para que le ayudase a profundizar en esta perspectiva.¹⁹ En este inicio, podemos observar ya una primera novedad: es la paciente la que convence al psiquiatra de un modelo diferente al tradicional.

Gracias a la periodista Sandra Escher, llevaron a cabo un llamamiento a través de un programa de la televisión holandesa para que aquellas personas que escuchasen voces se pusiesen en contacto con ellos. Observaron que de los cientos de personas que habían escuchado voces y contactado, al menos un tercio vivía con ellas sin mayores problemas. Debido a este resultado, empezaron a investigar las estrategias que utilizaban para poder aplicarlas más adelante. Descubrieron que las personas que lo consideraban una experiencia normal, y aceptaban sus voces, tenían muchas más probabilidades de gestionarlas adecuadamente. A través de sus investigaciones, concluyeron que las voces, y otras experiencias similares, prácticamente siempre se dan tras vivencias difíciles o traumáticas, y que hay que poner el énfasis en tratar de averiguar qué significado tienen en la vida de la persona en lugar de considerarlas meros síntomas de una enfermedad.

13. Véase madinamerica.com.

14. Véase madinasia.org.

15. Véase madinbrasil.org.

16. Véase madinfinland.org.

17. Véase madintheuk.com.

18. Véase madinamerica-hispanohablante.org.

19. Angela Woods: «The voice-hearer», *Journal of Mental Health*, 2013, pp. 263-270. La traducción en castellano puede leerse en el siguiente enlace: bit.ly/38EDKoD.

Siguiendo con esta lógica de la despatologización, los estudios llevados a cabo evidenciaban que, además de más extendidas de lo que pensaban *a priori*, las voces podían ser vividas sin generar sufrimiento. Si recordamos los criterios necesarios para que una serie de experiencias se califiquen como trastorno, es necesario que estas provoquen malestar. Al no ser siempre así, el enfoque de Hearing Voices pone en crisis la propia noción de «trastorno». Además, plantea una pregunta: si las voces son lo suficientemente comunes como para considerarlas una experiencia humana habitual y, pese a que puedan presentarse asociadas a dificultades, hay muchas personas que aprenden a convivir con ellas, ¿por qué no se está investigando sobre ello?

Apenas un año después, en 1988, el modelo Hearing Voices empezó a activarse en Inglaterra cuando varias personas de Mánchester formaron un grupo de escuchadores de voces. Al año siguiente, organizaron en Romme una gira de conferencias por el país para difundir su perspectiva. Poco a poco los grupos empezaron a proliferar, especialmente en Inglaterra, pero también en otros países de Europa. En 2009, se llevó a cabo el primer Congreso Internacional de Escuchadores de Voces, del que surgirá la red internacional Intervoice. Este congreso se realiza cada año en un país diferente. Como veremos más adelante, cuando se llevó a cabo en España, en 2015, tuvo gran influencia.

Si bien no es la primera experiencia de este tipo, el enfoque Hearing Voices presenta unos niveles de horizontalidad, respeto y significado inexistentes hasta el momento. Debido a que el propio escuchador de voces es el experto, es lógico que se establezcan grupos de expertos para hablar sobre el tema que les afecta. Además, esta propuesta cuenta con un corpus teórico y empírico que proporciona un punto de vista no estigmatizador y que abre numerosas posibilidades a que la persona tome el control de su vida. Tal y como ellos mismos explican en un folleto que resume los postulados del movimiento Hearing Voices:²⁰

20. Este folleto puede descargarse en su web: hearing-voices.org.

- *La escucha de voces es una experiencia humana relativamente común que tiene diferentes causas. No está necesariamente ligada a la enfermedad.*
- *Las personas tienen el derecho de definir sus propias experiencias, sea cual sea el origen al que achaquen las voces.*
- *Es importante que las experiencias sean aceptadas, validadas, valoradas y creídas, incluso cuando desafían normas sociales.*
- *Los grupos de escuchadores de voces —espacios en que las personas se juntan para compartir experiencias sobre voces y visiones— pueden ser importantes a la hora de encontrar formas de hablar sobre cómo convivir con ellas.*
- *Familiares, amigos, aliados, académicos y profesionales también necesitan espacios para aprender sobre, y hablar de, las voces.*
- *No vivimos en una burbuja. Independientemente de su origen, las voces están relacionadas con nuestro mundo relacional, social, cultural, espiritual, histórico y político. Tener en cuenta las desigualdades, la soledad, la discriminación, el trauma y los problemas sociales es clave a la hora de apoyar a las personas que escuchan voces.*
- *Cuando las voces o visiones provocan malestar o confusión a la persona, debería permitírsele tener acceso a un apoyo basado en derechos, que le ayude a dar sentido y manejar sus experiencias.*
- *El acceso a una amplia cantidad de información de calidad puede ser empoderador.*

La perspectiva Hearing Voices, por tanto, plantea un modelo alternativo que está siéndole útil a centenares de personas. Pero también propone otra manera de entender la salud mental en general, cuestionando que las disciplinas *psi* sean las únicas capaces de desarrollar herramientas y discursos.

Mad Pride: de Toronto al mundo

En Canadá, a mitad de la década de 1970, el proceso desinstitucionalizador de los centros psiquiátricos había dejado en la calle a muchas personas con sufrimiento psíquico que terminaron

en el barrio de Parkdale, en la ciudad de Toronto. Se trataba de una zona de clase baja en la que vivían muchos exinternos debido a los bajos precios de las habitaciones. El primer Orgullo Loco del mundo se organizó en este barrio en el año 1993, con el nombre inicial de Psychiatric Survivor Pride Day («Día del Orgullo del Superviviente de la Psiquiatría»). La referencia al orgullo estaba recogida directamente del «orgullo gay», pero esto no significa que desde el principio hubiese una comprensión mutua o una colaboración entre ambos movimientos. Una de las organizadoras recuerda que algunos activistas locos no querían que acudiesen homosexuales a sus actividades, mientras que, a su vez, participantes en una marcha del Orgullo Gay recriminaron a los locos que no querían verlos colocando carteles en la manifestación.²¹

A esta primera marcha acudieron un centenar de personas que empezaron el recorrido en Parkdale y lo finalizaron en un centro de salud mental cercano, donde se dejaron flores en uno de sus muros en memoria de las personas que habían muerto en instituciones psiquiátricas. Más adelante, se descubrió que ese muro había sido construido un siglo antes por las propias personas internadas. La primera convocatoria tuvo seis objetivos:²² 1) combatir el estigma, 2) que se considerara a los supervivientes de la psiquiatría como miembros activos de la sociedad, 3) visibilizar la experiencia en primera persona de los supervivientes, 4) unirse a otros grupos oprimidos para romper los prejuicios sociales (negras, indígenas, discapacitadas...), 5) establecer lazos con la comunidad para que existiera una integración de las personas con problemas de salud mental y 6) empoderar a aquellas excluidas de la sociedad por problemas psiquiátricos.

Es importante señalar que una buena parte de las personas que acudían a estas primeras marchas y encuentros eran de clase muy baja, algunas sin hogar, por lo que también había

reparto de comida e intercambio de ropa. La exclusión social puede estar ligada al sufrimiento psíquico y a procesos de psiquiatrización. Por tanto, una cantidad significativa de vecinos de ese barrio podían sentirse identificados como «supervivientes de la psiquiatría».

En 2002, tras varios cambios de nombre, este evento se consolidó como Mad Pride. Si bien el modelo había nacido en Toronto, este término surgió por primera vez en 1999, en Londres, para dar nombre a un colectivo activista. Para entender el contexto en el que se funda este grupo en Inglaterra, hay que señalar que, durante los años noventa, hubo un incremento del miedo hacia las personas psiquiatrizadas al difundirse masivamente casos de asesinatos atribuidos a personas con esquizofrenia.²³ El más sonado sucedió en 1995, cuando un hombre llamado Jonathan Zito fue apuñalado por alguien diagnosticado de esquizofrenia en un parque y murió en el acto. Su mujer fundó Zito Trust, con el objetivo de endurecer el control sobre las personas con problemas de salud mental. A esta organización se sumaron también otras asociaciones, incluyendo SANE, una de las más grandes de Inglaterra en materia de salud mental. Su propuesta era la aprobación de la Orden de Tratamiento Obligatorio (CTO, por sus siglas en inglés), consistente en que pudiese acudir a casa de los pacientes y obligarles a tomar la medicación bajo amenaza de internamiento.

Este tipo de campañas se basaban en lo anecdótico de unos pocos casos para establecer medidas que acabarían afectando a miles de personas. Al no tener en cuenta el aislamiento y el estigma que podían provocar, precisamente incrementaban (en lugar de disminuir) las probabilidades de que se diesen situaciones de agresividad. Por ello, una serie de organizaciones empezaron a movilizarse y a negociar con el Gobierno para evitar la implementación del CTO. Sin embargo, la oposición más importante a su puesta en práctica llegó de mano de los activistas en

21. Lilith Finkle: «Psychiatric Survivor Pride Day. Community Organizing with Psychiatric Survivors», *Osgoode Hall Law Journal*, 1997, pp. 763-772.

22. Geoffrey Reaume: «A history of Psychiatric Survivor Pride Day during the 1990s», *Consumer/Survivor Information Bulletin*, 2008, pp. 2-3.

23. «Today in London's Radical History. Reclaim Bedlam Oppose Compulsory Treatment Orders, 1999»; puede consultarse el texto en el siguiente enlace: bit.ly/2Kw83Gj.

primera persona, organizados en un colectivo llamado Reclaim Bedlam.²⁴ Este convocó a doscientas personas que, disfrazadas, irrumpieron en las oficinas de SANE, forzando a que esta organización cambiase de opinión respecto al CTO. Gracias a esta protesta consiguió retrasarse esta disposición hasta el 2007.

Vinculado a estas movilizaciones surgía el colectivo Mad Pride en 1999. Organizaban diferentes tipos de actividades, tales como conciertos o una vigilia en un puente (donde muchas personas se habían suicidado). Una de sus primeras actividades fue la publicación de un libro en el que se recopilaban testimonios personales acerca de la locura, el activismo y la sociedad.²⁵ No obstante, su iniciativa más reconocida eran *performances* como cortar el tráfico disfrazados con batas blancas o pasear con una jeringuilla gigante. En el 2000, organizaron el primer Mad Pride Day en Inglaterra, con una marcha lúdica, eslóganes irónicos y «Bed Push» (la escenificación de una cama de un psiquiátrico con alguien atado, que empujaban por la calle). El Mad Pride en este país tuvo un trasfondo libertario desde el inicio. En su primer logo, la «A» de la palabra Mad era el tradicional símbolo anarquista: la vocal en mayúscula y circulada. A partir de estas dos experiencias, la de Toronto y la de Londres, empezó a extenderse a otras ciudades.

El Orgullo Loco nace con la intención de luchar contra el estigma, pero de un modo muy particular. Por un lado, expone su condición social de un modo contrario al esperado. Se supone de los colectivos oprimidos una tendencia al victimismo, al sentimiento de culpa y a pedir permiso para ser aceptados. Esto fue cambiando a medida que empezaron a aparecer en escena diferentes sujetos políticos que se reivindicaban con orgullo: obreros, mujeres, personas LGTB+, personas racializadas, etc. Si bien las personas locas ya se habían reivindicado en anteriores ocasiones, el orgullo loco nació con la conciencia explícita de ser un sujeto

político, situado en una maraña de ejercicios de poder. De este modo, la lucha contra el estigma pasó de tratar de cambiar ciertos prejuicios a una reivindicación de la locura como subjetividad radical opuesta a la subjetividad normativa. Utilizar la palabra «orgullo» permite clarificar cuál es la disposición emocional, antes de que se le achaquen otras emociones que deriven hacia una visión paternalista.

Además, el orgullo loco supone tomar la iniciativa. En vez de esperar a que grandes asociaciones hagan campañas o que partidos políticos lleven a cabo iniciativas en contra del estigma, el orgullo loco propone marcar el ritmo. No se trata tanto de hacer desaparecer una injusticia como de hacer aparecer una forma legítima de entender la experiencia de la locura.

Por último, creo que el orgullo loco también está muy presente en una de las batallas más importantes del activismo en salud mental: la batalla por el lenguaje. En el apartado anterior, hemos hablado de tres estrategias a la hora de disputar el lenguaje: inclusión, sustitución y resignificación. El orgullo loco estaría utilizando esta última. Desde esta perspectiva, «locura» o «loco/a» pasan a ser palabras que contienen distintos significados y cumplen funciones diferentes a las habituales.

Activismo en primera persona en España y Chile

El activismo en primera persona en estos países tiene un recorrido que empieza hace relativamente poco tiempo, por lo que está todavía en proceso de evolución. Esto supone que muchos colectivos aparecen, otros desaparecen, algunos discursos cobran protagonismo, mientras que otros permanecen en un segundo plano, y todo esto sucede al mismo tiempo que escribo estas líneas. Es posible que haya iniciativas descritas en este libro que quizás hayan dejado de existir en el momento de su publicación, o que hayan nacido experiencias de gran importancia que no ha dado tiempo de incluir en él.

Lógicamente, no voy a reivindicar este relato como el único válido, ni pienso ni quiero que lo sea. Soy consciente de que existen muchos colectivos y experiencias que evolucionaron

24. Este colectivo nació en 1997 para protestar contra los 750 años del psiquiátrico de Bedlam.

25. Ted Curtis, Robert Dellar, Esther Leslie y Ben Watson (eds.): *Mad Pride. A Celebration of Mad Culture*, Chipmunka Publishing, 2000.

de forma paralela al hilo de los acontecimientos que narro, y que no se muestran con la complejidad que merecen. Esto se debe a que he tenido que seleccionar, por cuestiones de tiempo y espacio, aquellas iniciativas que me han parecido más interesantes o importantes de manera subjetiva. Otras personas resaltarían otros elementos y les invito a hacerlo. Sea como fuere, he construido el relato basándome en las fuentes a las que he tenido acceso, y he decidido incidir en lo que he conocido directamente de sus protagonistas.

Activismo en primera persona en España

Podríamos señalar al ya mencionado colectivo Psiquiatrizados en Lucha como el precursor del activismo en primera persona. Sin embargo, se trata de una experiencia aislada, puntual y lejana en el tiempo respecto al ciclo del que hablamos. Para empezar a hablar propiamente del activismo como lo conocemos hoy en día, tendríamos que retrotraernos al año 2000. Paralelamente a *El rayo que no cesa*, aparece el fanzine *Enajenadxs*, en el entorno del movimiento anarquista, que en esa época estaba atravesado por el insurreccionalismo.²⁶ Para entender el

26. Se trata de una corriente que surge como alternativa a la inoperancia del anarquismo más clásico, burocratizado y anclado en el pasado. El insurreccionalismo priorizaba la acción directa y consideraba que no era necesario que hubiese un movimiento de masas para acometer transformaciones sociales. Pequeños grupos de personas organizadas podían hacerlo si sabían actuar adecuadamente, aún estando en minoría. Al margen de los planteamientos más o menos ingenuos del insurreccionalismo, lo cierto es que inyectó a muchas personas la sensación de que podían intervenir sobre la realidad y que debían atreverse a hacerlo. Hacer política sin estar en un partido, luchar en el trabajo sin estar en un sindicato, escribir sin editorial. El insurreccionalismo tuvo un recorrido tan breve como intenso. Hacía explícita su posición a favor del conflicto social. Sus estrategias eran muy exigentes para sus simpatizantes, las acciones directas en ocasiones derivaban en detenciones y procesos legales. Para muchas personas, la «guerra social» suponía un nivel de tensión que «quemaba» rápidamente a sus participantes. La principal propuesta organizativa fueron los grupos de afinidad, que a grandes rasgos podemos definir como un conjunto de personas que se unían para llevar a cabo una acción y después se disolvían para no generar una estructura formal en riesgo de anquilosarse. Sin embargo, el insurreccionalismo también se tradujo en una amplia miriada de

contexto, varios testimonios nos describen cómo era plantearse cuestiones de salud mental en el ámbito libertario de aquel momento. Estos tres párrafos corresponden a una entrevista conjunta a dos personas que participaron en aquel movimiento:

Ahí se inserta esta rabia. A mí me han diagnosticado, me han jodido la vida, me han medicado, no me acuerdo de no sé cuántos meses de mi vida, encima se supone que soy culpable de ello y esto es una puta mierda todo. Yo siempre cuento lo mismo del turismo sexual. Es la lógica con la que yo escribía y publicaba. Recuerdo sentirme supermal, llegar a casa, coger el periódico y leer una noticia sobre los datos del turismo sexual en España. Gente que va a follar-se a niños y niñas fuera. Y entonces pensar: «De mí, mis padres se avergüenzan, no quieren que nadie se entere de que he estado en el hospital y posiblemente en la calle donde vivo hay alguien que se va a ir a Tailandia y no hacéis nada, cabrones». El rollo de pegar fuego al mundo, de sois unos caraduras todos, sois unos impresentables. Y en esa crítica a la sociedad se incorporó el tema de la psiquiatría. De hecho, recuerdo que había varias publicaciones en Madrid que básicamente recogían acciones (contra ETT, inmobiliarias, bancos, multinacionales...) y empezó a haber cosas de salud mental. Empezó a haber pintadas, rupturas, daños vandálicos en centros de salud mental...

El hecho de que perteneciéramos al movimiento libertario, que cuestiona cualquier autoridad, cualquier creencia, que parece que lo cuestiona todo, favoreció mucho el que no hubiera estigma. Hablar de «respeto» y «apoyo» ya formaba parte de otros ámbitos. Entonces no era raro.

proyectos que surgieron gracias a su espíritu DIY. Fanzines, publicaciones, actos culturales, colectivos y okupaciones son algunos ejemplos. Esta tensión entre la destrucción y la creación estuvo siempre presente. Para un retrato del insurreccionalismo en España, véase Los Tigres de Sutullena: «La epidemia de rabia en España (1996-2007)», partes I y II, *Revista Resquicios*, 2007/2008. Puede consultarse también en el siguiente enlace: bit.ly/3rwYw2c.

Ahora hablas de «apoyo mutuo» y tienes que explicarle a la gente qué es. En lo macro funcionaba, pero en lo micro la gente seguía sin entenderte. Hubo un grupo de personas que me sentaron y me dijeron: «Si esto se te va de las manos e ingresas, ¿querrías que te sacáramos?». A nivel acción. Preguntarte cómo es la seguridad en psiquiatría, cómo crees que podría hacerse, cuántas personas harían falta, en cuántos días... y eso estaba pensado. Ahora dices: «Menuda ida de olla, no habría salido bien, habríamos acabado todos en comisaría» (risas). Estamos hablando de gente que iba a arriesgar su libertad por sacarte. No hizo falta, pero me parece flipante que haya gente que se planteara quebrantar abiertamente la legalidad para eso. Eso te da mucha paz.

Si no hubiésemos estado en el movimiento libertario no estaríamos aquí. Yo, muerta o en casa de mis padres, en ese círculo de entras, sales, entras, sales. Porque en el momento en que me fui de casa y encontré un entorno que me acogió... en el movimiento libertario tuve apoyo, tuve respeto, cuando yo planteaba que no quería tomar la medicación, no se me planteaba: «Lo que tienes que hacer es tomarte la medicación». Toda esa gente que está sola, que no tiene entorno, que no la respetan...

Cuando he estado muy mal no me ha faltado una casa nunca, ni pasta. La gente me ha dicho: «No te puedo ayudar, pero si necesitas pagar un alquiler o si necesitas comer, o si crees que alguien puede ayudarte... la pasta se saca». Y, para eso, lo siento, los anarquistas han sido la hostia. Esto yo creo que nos dio tiempo, o respiro, para seguir aguantando más años, hasta estar cada vez un poco mejor y tener más conocimientos.

Por tanto, el movimiento anarquista de aquella época proporcionó un terreno fértil, más o menos firme, a partir del cual poder reflexionar. Esta reflexión se llevaba a cabo desde una perspectiva que se posicionaba en contra del autoritarismo y estaba muy atenta a las cuestiones relacionadas con el poder. Frente al saber de las disciplinas *psi*, el anarquismo hacía posible el

atreverse a pensar en otras formas de entender la salud mental. Pudo traducirse en saberes propios que permitiesen reapropiarse del malestar y autogestionarlo. Pero, además, la corriente insurreccionalista fue de gran importancia por cuestiones emocionales. Ofrecía un relato según el cual actuar en minoría era deseable, no era necesario esperar a sumar un movimiento de miles de personas. Esto permitió que unas pocas personas, todavía sin alianzas, se atrevieran a desafiar a toda una institución.

Como decíamos, en este contexto aparece *Enajenadx*. En palabras de su autor:

Surge, si no recuerdo mal, de una reunión en una parte del Manzanares que ya no existe, que ahora es Madrid Río. Nos juntamos un montón de gente libertaria y hubo una propuesta de elaborar materiales con los conocimientos propios que tuviéramos y hacerlos accesibles como contraposición al saber especializado de los títulos universitarios. Se habló de otra manera de gestionar el saber. Por ejemplo, salió un fanzine monográfico sobre el tema de la especulación inmobiliaria. No recuerdo qué otras cosas se publicaron; recuerdo que yo dije que me acababan de diagnosticar y que estaba leyendo un montón sobre eso. Propuse juntar cosas y sacar el fanzine. Es decir, reconocer que no hace falta ser periodista ni estudiante, porque algo que te afecta en tu día a día te genera un saber, y ese saber lo socializas. Entonces, yo, que soy muy terco, empecé, y creo que la gente sacó alguna cosa y lo dejó, pero yo seguí sacando fanzines como churros.

El primero sería a comienzos del 2000 y a mediados del 2002 ya había seis números. Y hubo once. El último fue una peli, Bicho de siete cabezas,²⁷ con un texto, una carta a nuestros padres. En 2005, se acabó el proyecto.

27. Se trata de una película brasileña del 2001, dirigida por Laís Bodanzky. El filme trata de un joven que es internado en un manicomio, mostrando de forma muy clara su proceso de psiquiatrización. El número de *Enajenadx* era un DVD con esta película, acompañado de un texto en formato carta.

Era una época diferente, el mundo del fanzine no era tan de «artisteo» como ahora. No teníamos páginas web y los hacíamos. Si tú ibas a Tirso de Molina, en Madrid, había mesas con fanzines. Empezó siendo una cosa superpequeña, pero luego la gente los fotocopiaba, entonces estaba básicamente en todas las distris²⁸ alternativas del Estado. Tampoco tiene mucha calidad en muchas cosas, porque era muy juvenil y muy amateur, pero hubo un momento en que la gente empezó a hacer copias. Y, a partir del número seis, ya se sacaban mil copias por nuestra parte, más luego lo que se fotocopiaba... No podría calcular cuánto se vendía. Se movía mucho material. Lo importante de esto es que había un interés de la hostia, pero seguía sin hablarse de ello. Sacabas un Enajenadxs y las copias volaban, la gente quería leer sobre salud mental. Luego, yo estaba jodido de la cabeza y lo mismo juntaba una traducción de un artículo sobre el Prozac que me ponía a desbarrar, hacía poesías y escribía en modo automático. Con el tiempo, me ha dado bastante vergüenza, pero había una rabia ahí que a otra gente le hizo conectar.

Posiblemente, esta forma de conectar a través de lo emocional fue lo más característico de *Enajenadxs*. Su intención no era la de transmitir una crítica formal o estructurada hacia el campo de la salud mental. Antes bien, se trataba de una persona que expresó en esta publicación las reflexiones que le surgían a medida que se le iba revelando su experiencia en este terreno en toda su crudeza. Mucha gente conectó con la rabia producida por este proceso de descubrimiento, posiblemente porque estaban pasando por circunstancias de desvelamiento parecidas. Se llegó a crear una página web en la que podían descargarse todos los números de *Enajenadxs*, pero fue cerrada por la abrumadora cantidad de personas que contactaban con problemáticas de todo tipo.

28. Se refiere a las llamadas «distribuidoras anticomerciales»: proyectos de difusión de material (libros, películas, fanzines, camisetas...) relacionado con cuestiones políticas, la mayor parte vinculadas al movimiento anarquista.

Cada número era diferente del anterior. Así, podemos encontrar una amplia diversidad de formatos, ensamblados como un *collage*. Había textos que versaban directamente sobre salud mental y otros que no, pero que se conectaban de algún modo. También fue importante el aspecto estético de la publicación, en la que se ampliaba la restringida variedad de imágenes de los fanzines de la época y se incluían cómics intervenidos al estilo situacionista. Podría decirse que se trataba de una estética DIY irónica, cargada de rabia e inteligencia. Al no disponer de una teoría que aprender, leerlo no suponía el compromiso que implicaba leer reflexiones más ordenadas y sistemáticas. En definitiva, no es posible atribuir una teoría coherente o una metodología concreta a *Enajenadxs*, pero lo cierto es que mucha gente se sintió interpelada al leerlo.

Una vez finalizado el proyecto, varias personas con una visión similar acerca de la salud mental intentaron coincidir. Empiezan así a colaborar con Josep Alfons Arnau, *Jau*, de *El rayo que no cesa*. Su figura es importante, puesto que hizo de hilo conductor entre los psiquiatras que venían de las luchas antipsiquiátricas y esta nueva generación de activistas del ámbito libertario.²⁹ Comenzaron entonces a montar charlas y debates. Una de ellas fue impartida por una de las caras más conocidas del movimiento antipsiquiátrico: Guillermo Rendueles, que una de las personas involucradas en aquel momento recuerda como especialmente relevante:

Hay una charla en Magdalena,³⁰ en 2005, que a mí me hace la cabeza crack, cuando él [Guillermo Rendueles] hace una introducción a los psicofármacos: de dónde vienen, la serendipia, que no tienen un efecto específico... cosas que ya habíamos leído. Pero lo dice, y gente psiquiatrizada que había acudido a la charla empieza a hacer preguntas. Y, en un

29. Para conocer un poco más sobre su perspectiva, existe una edición que recoge algunos de sus textos: *Escritos contrapsicológicos de un educador social*, Biblioteca Social Hermanos Quero, Granada, 2012.

30. Se trata del local anarquista Magdalena, situado en el centro de Madrid.

momento dado, empezamos a contestarnos entre nosotros. Entonces él dijo: «Vosotros sois los que de verdad sabéis sobre esto, vosotros sois los expertos». Se creó un clima alucinante, como: «Ah, ¿entonces a ti la Zyprexa te provocó esto? ¿Y qué tal te fue el Risperdal? ¿Y cuánto necesitas?».

Ahí pensé: «Hay que hacer otra cosa».

Entonces empezamos a preparar protocolos para ingresos en urgencias: poner cosas en común sobre ir acompañado, verte bien, no pronunciar la palabra «suicidio» si no crees que te vas a suicidar... Es decir: ir con un objetivo y salir. Esos momentos de compartir eran casi como conspirar para que no nos hicieran daño [en los ingresos]. Había una sensación continua de peligro, de oscuridad y yo no sabía qué hacer. Entonces, cuando venían Jau o Guillermo Rendueles era como... alguien con quien podía hablar, que no me atacaba, que no me juzgaba, que realmente echaba una mano de verdad.

En 2006, surge la asamblea Psiquiatrizadxs en Lucha y Compañerxs (PEL) en Barcelona. Esta recogerá el nombre del colectivo nacido en 1977 en el Hospital de Día dirigido por González Duro. Poco después, se crea otra PEL en Granada, que es la que más perdurará, mientras que al poco tiempo se disuelve la de Barcelona. La actividad desarrollada por estos colectivos tuvo dos capas de visibilidad: una hacia el exterior, que consistía en charlas, debates y publicaciones sobre diferentes temas relacionados con la salud mental;³¹ y otra invisible, a través de una red informal de apoyo y cuidados que empezó a darse tanto entre los propios activistas como hacia otras personas de los movimientos sociales que lo necesitaban. Basándose en sus propias experiencias, consiguieron evitar ingresos

31. Es destacable su participación en las «Jornades sobre Salut Mental» en Barcelona en el año 2006, con una mesa redonda titulada «Psiquiatrizats/des, experts/es en salut mental» («Psiquiatrizados/as, expertos/as en salud mental»). En el ámbito de las publicaciones, hay que resaltar la recopilación de todos los números de *Enajenadxs* en un libro: *UHP Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs*, Taller de Investigaciones Subversivas, 2007. También es remarcable un fanzine con una recopilación de textos titulado *Sobre la escucha de voces*.

y apoyar a personas que, de otro modo, podrían haber acabado peor.

Pusieron sobre la mesa planteamientos que en aquel momento no estaban presentes y empezaron a experimentar con ellos. Por ejemplo, difundieron un texto breve en el que se daban consejos acerca de cómo conseguir lo que necesitabas del sistema de salud mental, sin salir perjudicado. Muchos habían tenido la experiencia de mostrarse sinceros con el profesional y salir con mayores dosis de medicación o acabar en un ingreso involuntario. En este texto, se recomendaba acudir en compañía a las consultas, cuidar la estética para evitar prejuicios, no hablar de pensamientos de suicidio para evitar ingresos, ir con una idea previa de lo que se quería conseguir (p. ej. receta de medicación), así como aspectos legales sobre el internamiento.³² Más allá del contenido y de los consejos concretos, lo cierto es que esta estrategia suponía un cambio en la relación entre el individuo con sufrimiento psíquico y el sistema de salud mental. Implícitamente, se daba el mensaje de que la persona sabe mejor que el profesional lo que necesita y propone una estrategia para conseguirlo sin salir perjudicado. Este planteamiento, en sí mismo, cambiaba la perspectiva de quien lo utilizaba, facilitándole cierta autogestión del malestar.

La PEL tuvo cierta influencia sobre el ámbito libertario. Su propuesta iba más allá de la antipsiquiatría, que en aquel momento era la única referencia importante de crítica en el ámbito de la salud mental. Planteó cuestiones de apoyo mutuo en términos muy reales y en situaciones que, a veces, podían resultar muy complicadas de manejar. Supuso un jarro de agua fría para ciertos discursos altisonantes y que hablaban del apoyo mutuo como si fuese algo sencillo de llevar a cabo. Además, obligó a afinar el clásico discurso anarquista de abolir las instituciones, ya que, a pesar de estar de acuerdo en cuanto a la meta, señalaba también que, al menos en salud mental, la realidad inmediata requería hacer uso de ellas.

32. *Enajenadxs*, UHP. *Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs*, op. cit., p. 340.

Desde mi punto de vista, también aportaron una determinada manera de entender la noción de «vida». El uso de las instituciones planteaba la necesidad de crear estrategias de supervivencia. No tanto en el sentido de no morir (que también), sino en el sentido de que una vida vivible requería desarrollar el potencial de las personas. Para el anarquismo de aquella época, perder la vida era perder la libertad de elegir la vida. Supervivencia era evitar caer en las redes de la institución, de las que no se sabe cuándo se sale. Gran parte de los aportes de esta época están impulsados por ese deseo de mantener una vida digna y por el horror a estar bajo control.

Una vez extinta la experiencia de la PEL, durante unos años no se consiguió consolidar ninguna iniciativa semejante. En el 2010, personas que habían estado involucradas en todos estos acontecimientos hablan con Enrique González Duro y le escuchan hablar de los grupos de apoyo mutuo. Esto les lleva a investigar y a conocer la experiencia de Hearing Voices y a acudir al congreso internacional de 2010 en Nottingham (Inglaterra). A la vuelta, empiezan a difundir material sobre la perspectiva de esta organización en la página web Primera Vocal,³³ creada ese mismo año y que empieza a tener cada vez más visibilidad. Además, crean un GAM con una metodología que fomentaba la horizontalidad.

Empezamos a quedar en Vallecas compañeras y compañeros que veníamos de los movimientos sociales, con problemas de salud mental y con las que ya había una cierta red informal, mediante la que nos ayudábamos y compartíamos cosas. Montamos un grupo siguiendo unas normas, siguiendo unos rudimentos muy básicos. Para mí, es el primer GAM que conozco de horizontalidad plena (lo cual no quiere decir que no existieran otros, pero yo no tenía constancia de ello)... que también tuvo una praxis política paralela, los acompañamientos ya no me los como yo solo, sino que el mismo grupo gestiona las demandas de ayuda

33. Véase primeravocal.org.

que nos llegan. [...] Cosas que luego he descubierto que existen como herramientas formales y que están desarrolladas, nosotros las hacíamos intuitivamente. Teníamos pactos de cuidado, por los cuales todos teníamos un papel en nuestra casa —que, además, nuestros compañeros, parejas o compañeros de piso tenían que saber dónde estaba— con necesidades propias y necesidades de otros. Por ejemplo, los que trabajábamos, en el caso de que estuviéramos mal, teníamos un colega médico al que llamar para intentar presentar un papel de haber estado en urgencias, o buscar la baja. Allí se recogía si había que llamar a un familiar o no había que llamar a nadie. En el caso de que necesitaras la medicación, cuál era la posología. En el caso de que estuvieras muy nervioso, hasta qué punto podía gestionarse la situación. Y concluimos que el solo hecho de tener esos pactos alejaba las situaciones de crisis.

Fue una experiencia muy chula. Lo que pasa es que ahora, mirando hacia atrás, todos teníamos experiencia política. Sentarnos a hablar era muy fácil en comparación con las cosas que he vivido después.

Hasta este momento, todo lo surgido quedaba en un reducido círculo de personas. A partir de 2010, surgen iniciativas en diferentes lugares de la península.³⁴ Todas ellas tenían en común el énfasis en el discurso en primera persona. También se fueron sumando a esta órbita algunos profesionales con una perspectiva crítica. Varias personas empezaron a coincidir en diferentes charlas y actividades, compartiendo experiencias. En cierta manera, puede considerarse que se fue generando

34. Algunos ejemplos de estas iniciativas son Radio Prometea, el blog Esquizoqué, el colectivo Xixón Voices. En Andalucía, diferentes asociaciones se unen para crear la Federación En Primera Persona. En el año 2011, aparece en Cataluña la asociación ActivaMent y, en 2012, la Xarxa GAM per a Persones Psiquiatriatzades, ambas de gran importancia a la hora de difundir el modelo de los GAM. Estas nuevas iniciativas se suman a otras que existían desde años atrás, como Radio Nikosia, que lleva funcionando desde 2003, y Hierbabuena Salud Mental, desde el 2000.

un espacio en el que se intercambiaban ideas, contactos, materiales y herramientas. Esta posibilidad permitió que se fuera creando una base sobre la cual podía construirse un discurso más o menos común y una instancia que lo respaldaba.

Este proceso de aglutinamiento llegó a su cima en el año 2015, cuando, desde la red Intervoice,³⁵ se preguntó a varios activistas sobre la posibilidad de realizar el séptimo congreso internacional Hearing Voices en España, a lo que contestaron que sí. Este encuentro fue de máxima importancia, puesto que supuso un antes y un después para el activismo en salud mental en el Estado español. Para organizar el congreso se formó el colectivo Entrevoces y sus miembros decidieron llevarlo a cabo en Alcalá de Henares (Madrid). Las ponencias y talleres versaron sobre diferentes temáticas, tales como la escucha de voces, la industria farmacéutica, crisis económica y salud mental, el suicidio, etc. Acudieron más de cuatrocientas personas; tuvo más asistencia que otros congresos oficiales que se habían celebrado en España organizados por profesionales. Las mayoría de las ponencias y talleres se pueden ver y escuchar en su página web.³⁶

En unas declaraciones previas al congreso, señalaban una clara línea que diferencia sus planteamientos de las propuestas habituales en salud mental:

Recibimos con los brazos abiertos a todos los profesionales interesados en Hearing Voices, pero queremos advertirles que no van a encontrar en sus postulados y dinámicas una actividad más que llevar a cabo con sus pacientes, sino una manera distinta de pensar la llamada «psicopatología» y su relación con la propia vida de los individuos.³⁷

El congreso Entrevoces fue importante por varias razones. Para muchas personas supuso encontrar nuevas herramientas y

discursos que validaron la sensación difusa de que «algo está mal». En el campo de la salud mental es poco frecuente que surjan iniciativas colectivas, menos aún con personas con sufrimiento psíquico involucradas y, todavía menos, desde posicionamientos críticos. Por estos motivos, hay que tener en cuenta lo que supuso que se organizase un congreso sobre salud mental no impulsado por asociaciones de profesionales ni por instituciones académicas, en cuyos eventos sencillamente se reproducen los saberes y prácticas convencionales. La puesta en circulación de perspectivas críticas y propuestas alternativas implica la posibilidad de empezar a materializar un corpus sobre el cual construir. En otras palabras, Entrevoces importó referentes e inyectó motivación. Por ejemplo, en su seno surgió una de las propuestas que considero más importante: el colectivo FLIPAS GAM.³⁸

Una vez el congreso ya había finalizado y se habían subido a la web todas las ponencias y talleres en vídeo, un grupo de personas que había formado parte de Entrevoces, y que quería seguir trabajando, formó el colectivo Locomún, integrado por diferentes personas y grupos repartidos por la geografía española. Uno de sus miembros comenta:

En noviembre de 2015 es el congreso. En enero tenemos una asamblea, en la cual estamos el grupo organizador del congreso (lo que viene a ser el colectivo Entrevoces) más todas las personas que colaboraron en tareas puntuales del mismo. Se decidió hacer un colectivo que ya no fuera específico del tema de voces, de Hearing Voices y todo eso... sino un colectivo político de salud mental con la idea de politizar el

35. Intervoice es la red internacional de Hearing Voices.

36. Véase entrevoces.org.

37. «Aclaraciones desde la organización del séptimo congreso mundial de Hearing Voices», disponible en: bit.ly/37TiUCT.

38. Durante el congreso, un grupo de personas recogió una lista de correos electrónicos con la idea de crear Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en Madrid. Poco tiempo después, nacería FLIPAS GAM, un colectivo que combina el GAM con el activismo en salud mental. Esta iniciativa ha servido como referente para personas de otras ciudades que, conforme ha ido pasando el tiempo, han creado sus propios GAM. Algunos ejemplos son GAM Valencia, GAM Tenerife, GAMMA Albacete, Dmentes Abiertas (Toledo) o Asociación Caleidoscopio (Valladolid), además de otros GAM sin ese nombre, pero que funcionan en diferentes ciudades del Estado.

sufrimiento psíquico, darle una dimensión social. El eje en torno al cual gira todo lo que planteamos es que nos encontramos en un momento en el cual los problemas colectivos son intencionadamente presentados como problemas individuales. Por lo tanto, las soluciones que se dan a dichos problemas también son individuales y, por tanto, erradas.

Por una parte, trabajan para conseguir mejorar los derechos humanos en salud mental. Esto ha llevado a que inicien la campaña «#ocontenciones», contra las contenciones mecánicas, para visibilizar esta problemática utilizando diferentes medios: página web,³⁹ redes sociales, carteles, pegatinas, entrevistas en radio, charlas, etc. También se trabaja la parte jurídica, con el objetivo de conocer la legislación que regula las contenciones y tenerla en cuenta a la hora de generar propuestas y reflexiones. Una de las principales reivindicaciones de esta campaña es la de que se monitoricen las contenciones que se realizan, que sean contabilizadas y, por tanto, tenga que justificarse por qué se aplica cada una de ellas. La experiencia señala que esta medida, cuando se implementa, reduce enormemente la cantidad de contenciones. La campaña «#ocontenciones» está teniendo cierto impacto más allá de los círculos activistas, principalmente en sectores de personas psiquiatrizadas y de profesionales que tienen un punto de vista crítico.

Una de las propuestas de esta campaña es la recopilación de testimonios de personas que cuentan su experiencia relacionada con esta práctica. En la línea de construir una voz propia, esta iniciativa trata de contrarrestar el discurso profesional, que se reduce a un lenguaje técnico, que remite a los protocolos como si fuesen inapelables y es indiferente a la experiencia subjetiva de las personas que han sido atadas a la cama. Revalorizando de este modo los testimonios personales, se centra la atención precisamente en esta experiencia subjetiva y se propone una forma de entender la salud mental que sitúe a la persona en el centro.

39. Véase www.ocontenciones.org.

Desde la campaña, se señala que las contenciones mecánicas son un fracaso terapéutico, un ejercicio de poder que refleja las limitaciones del sistema de salud mental. En este sentido, la campaña pone sobre la mesa un debate más amplio sobre la «cultura de la coerción». Este término hace referencia a un conjunto de usos que tienen como objetivo limitar de forma más o menos violenta la libertad de la persona: contenciones mecánicas, manipulación, aislamiento, castigos, etc. Estas suponen una concentración del poder de los profesionales (y, a veces, de los familiares), que refleja la cara más cruda del campo de la salud mental. Si las contenciones desaparecen, cabe esperar una concatenación de cambios relacionados con cubrir ese vacío y la posterior puesta en duda del resto de prácticas coercitivas.

La cultura de la coerción se mantiene, porque se ha producido una naturalización. Es decir, para la mayor parte de los profesionales la coerción simplemente existe y debe ser aplicada. No se tiene en cuenta que forma parte de una determinada manera de entender la salud mental, consecuencia de una serie de normas que cumplir y que acarrea daños para las personas sobre las cuales se ejerce. La cultura de la coerción es la que permite que un profesional no vea contradicción en haber atado a una persona a la cama durante veinte horas, cuando el resto de individuos lo considerarían una barbaridad. Por otro lado, la coerción no siempre tiene lugar de manera explícita, pero es habitual que las personas psiquiatrizadas señalen que está presente. No está, pero puede aparecer en cualquier momento, y eso también coarta. Por tanto, al proponer el final de las contenciones se está atacando una parte importante de la cultura de la coerción. Si las contenciones desaparecen, cabe esperar una concatenación de cambios relacionados con cubrir ese vacío.

Volviendo al colectivo Locomún, además de la campaña «#ocontenciones», también han realizado algunas acciones puntuales. Una de ellas tuvo lugar en febrero de 2017 en un hospital de Madrid, con motivo de unas jornadas cuya temática eran los psicofármacos. En el texto que presentaba las jornadas, se señalaba que se buscaba un debate «sin fanatismos»,

al mismo tiempo que se criticaba la perspectiva Hearing Voices. En consecuencia, se repartieron panfletos en los que se cuestionaba en qué bando estaba situado el fanatismo, el nulo interés en que se diese un debate real y el sesgo que tenían las jornadas al estar patrocinadas por la empresa farmacéutica Janssen.⁴⁰ Poco después, volvieron a repartirse folletos en un foro titulado «Prevenir el acoso escolar y fortalecer la convivencia». En ellos, se denunciaba la paradoja de que uno de los ponentes fuese el jefe del servicio de psiquiatría infanto-juvenil de un conocido hospital de Madrid en el que la práctica de las contenciones mecánicas es habitual. En el panfleto aparecía una foto realizada en dicho servicio, en la que se mostraban las correas que se utilizan.⁴¹

Un eje de actuación importante de Locomún es el de la difusión de reflexiones y conocimientos. Para ello, la principal herramienta es la web Mad in America Hispanohablante. Esta se puso en funcionamiento después de que Robert Whitaker, periodista que investiga sobre la industria farmacéutica y director de la web Mad in America, ofreciera alojar de forma gratuita una web similar a la ya creada en Estados Unidos, pero en castellano. En esta puede accederse a textos con diferentes tipos de reflexiones, herramientas, entrevistas, experiencias personales y colectivas, o propuestas sobre salud mental desde el punto de vista del activismo.

Otro momento importante para el activismo en España sucede cuando en FLIPAS GAM surge la necesidad de conformar un GAM no mixto solamente para mujeres. Esta experiencia llevó también a la constitución de un colectivo de mujeres que replantean la salud mental desde el feminismo. El colectivo Inspiradas, en palabras de una de sus participantes:

Nace por una necesidad de otro tipo de cuidados, airear el espacio de activismo de agresiones o de situaciones de violencia que nos estaban resultando muy difíciles a

40. Puede leerse el panfleto en el siguiente enlace: bit.ly/3nYoyWQ.

41. El panfleto está disponible en el siguiente enlace: bit.ly/3aMVWiP.

algunas. Dinámicas que pueden ser dañinas, muchas de género y alguna otra que no tenía nada que ver. Pero pensábamos que el género era un factor importante que nos estaba haciendo sentir incómodas y, cuando lo verbalizábamos en el colectivo, no se atendía. Tiene su lógica.

Cuesta más verse en la posición de opresor que de oprimido, de que te tienes que revisar. Igual que yo, o sea yo que soy blanca, soy cis, soy hetero... Entonces estoy en una posición privilegiada. [...] Pero aquí en el colectivo había muchísima resistencia entre los chicos a reconocer que ellos podían ser locos y además... como que con ser loco ya tengo bastante.

Inspiradas dedica buena parte de su labor a participar en jornadas, debates o actividades como el día del Orgullo Loco en Madrid. En estas intervenciones, ponen en la agenda del activismo en salud mental cuestiones relacionadas con el género y el feminismo. A la inversa, también tratan de situar en la agenda del movimiento feminista cuestiones relacionadas con la salud mental. Más adelante, tendremos ocasión de extendernos un poco más en la experiencia de los colectivos que integran feminismo y activismo loco. Sin embargo, aquí me gustaría subrayar la importancia que tiene la aparición de este grupo para el activismo en salud mental. Inspiradas es el primer colectivo de salud mental solo de mujeres en España, sus planteamientos añaden un discurso más que necesario y que, hasta el momento, ha sido muy poco elaborado. Pese a que se trata de un grupo reducido en número, ha alcanzado bastante visibilidad debido a que su forma de vincular salud mental y feminismo ha despertado mucho interés, porque introduce perspectivas novedosas: las cuestiones de género a la hora de cuidar o ser cuidada en procesos de sufrimiento psíquico, las formas en que el patriarcado puede afectar a estos procesos o la romantización de la mujer loca en películas o libros.

Por último, es importante destacar aquí también la celebración del día del Orgullo Loco en 2018, bajo el lema «El orgullo lo cura». Hay que destacar que la asociación Hierbabuena, de

Asturias, llevaba convocando su propio orgullo loco desde el año 2010. No obstante, la importancia de la convocatoria de 2018 reside en que se realizó en el ámbito estatal. Basada en las marchas convocadas en otros países, y siguiendo la filosofía Mad Pride de darle la vuelta a un insulto para inutilizarlo, está organizada completamente por activistas en primera persona. Una buena parte de las ciudades del Estado español realizaron convocatorias con actividades de diferentes tipos: concentraciones, conciertos, tertulias, comidas o manifestaciones. En algunas de estas propuestas, podían observarse pancartas con lemas tales como: «Los ingresos involuntarios a mi cuenta corriente», «La locura no se cura con tortura», «La libertad es terapéutica», «Nada sobre nosotros sin nosotros», «Somos las nietas de las brujas que queréis medicalizar», «El capitalismo nos enferma» o «No queremos estar cuerdas, queremos romper las cuerdas».

Desde *Enajenadx*s hasta el Orgullo Loco, puede decirse que el surgimiento del activismo en primera persona en el Estado español está consolidándose en una amplia miríada de colectivos. Los discursos e ideas todavía están ensamblándose, pero ya se puede hablar de movimiento social como tal. Por otro lado, hay suficientes experiencias acumuladas que sirven como referentes a la hora de plantear estrategias. El discurso en primera persona no es nuevo, pero va estableciendo sus posicionamientos cada vez con mayor solidez, ampliando sus redes e incrementando su legitimidad. Por supuesto, todavía hay muchos debates pendientes y propuestas que requieren afinar la puntería. Sin embargo, más allá de sus discursos y prácticas concretas, creo que la mera existencia de esta perspectiva es transformadora en sí misma.

Activismo en primera persona en Chile

Retomemos Chile donde lo habíamos dejado. Los años siguientes a las movilizaciones y debates que hemos comentado, y que finalizan con la disolución de la OCEP y el CEC, se traducen en la creación de otros colectivos relacionados con la contrapsicología. Por ejemplo, la Cátedra Libre Franco Basaglia organiza

charlas, debates y encuentros para reflexionar desde un punto de vista crítico. En todo este movimiento, cobra mucha importancia la figura de Carlos Pérez Soto, profesor que ha dedicado varios escritos a cuestionar la psicología. También encontramos el Centro de Acción Crítica en Salud Mental que, recientemente y de forma muy significativa, se cambió el nombre a Centro de Estudios Locos. Esta modificación es relevante porque, conforme va pasando el tiempo, este colectivo empieza a sentir la necesidad de incluir a las personas sobre las que habla, las personas psiquiatrizadas. El desarrollo natural de este requisito llevó a la creación del colectivo Autogestión Libre-Mente, que marcaría un antes y un después en el activismo en salud mental en Chile.

Autogestión Libre-Mente reúne a personas locas y a algunos psicólogos críticos con el modelo tradicional en salud mental. Arranca su andadura en el año 2013, dándose a conocer en 2014 y siendo sus primeras actividades encuentros para personas con sufrimiento psíquico.⁴² En estos se hablaba sobre diferentes temáticas, se intentaba establecer una red y se compartían experiencias en primera persona. La palabra «autogestión» no figura en el nombre del colectivo porque sí, sino porque refleja su modo de funcionamiento. Uno de sus miembros reflexiona sobre este punto:

Le ha otorgado una dificultad enriquecedora la autogestión. Porque sin duda es un desafío hacer las cosas sin recursos monetarios. Pero, al mismo tiempo, los réditos que da eso: en que hay que ser creativo, hay que ser solidario, hay que ser compasivo, hay que ser comunitario, hay que ser humano... En fin, un montón de cosas que lleva el proceso de autogestión. Los resultados que eso da son enormes. El sabor que tiene la autogestión, el empoderamiento, yo lo encuentro mucho más sabroso que decir: «Tengo todos

42. En el activismo chileno, es muy habitual la reivindicación de la locura y el denominarse «loco» o «loca», por lo que utilizaré estos términos en mayor porcentaje que en el apartado dedicado a España.

estos millones, voy a hacer esto y voy a medir estos resultados». No sé si conscientemente, pero sí [está] internalizado el concepto de que la lucha hay que darla en la calle. Desde lo social y desde abajo. Y digo «abajo» en el sentido de que somos los que sostenemos lo de arriba, no en el sentido de superioridad e inferioridad. Es decir, si los de abajo nos movemos, los de arriba se caen. Desde lo que hay, con lo que hay, con las contradicciones que tenemos.

En 2015, Autogestión Libre-Mente salta al activismo propiamente dicho al sumarse a dos convocatorias que se realizaban simultáneamente en varios países: el Día Mundial contra el Electroshock y el Orgullo Loco.

El Día Mundial contra el Electroshock tiene tres protagonistas: Ted Chabasinski⁴³ (Estados Unidos), Mary Maddock⁴⁴ (Irlanda) y Deborah Schwartzkopff⁴⁵ (Estados Unidos), que, en diferentes circunstancias, recibieron sesiones de TEC que les dejaron secuelas para toda la vida y les hicieron convertirse en activistas en salud mental. Los tres coordinaron un día de protesta internacional contra la TEC el 16 de mayo del 2015, meses antes de la muerte de Leonard Roy Frank.⁴⁶ En Santiago de Chile, el colectivo Autogestión Libre-Mente se sumó a la convocatoria con una concentración a las puertas del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, la anteriormente conocida como «Casa de Orates». Seguirán con la tradición organizando

43. Ted Chabasinski (1937) fue diagnosticado de esquizofrenia con seis años. Recibió un intenso tratamiento de *electroshock* y estuvo internado hasta los diecisiete años. Al salir estudió Derecho, se convirtió en fiscal y se unió al movimiento de los supervivientes de la psiquiatría. Su testimonio puede leerse en este enlace: bit.ly/2Lp2xCo.

44. Mary Maddock recibió sesiones de TEC y psicofármacos tras el parto de su hija. Más adelante, fundó MindFreedom Ireland, parte de MindFreedom International. Su testimonio puede verse en vídeo en: bit.ly/2y4H5iL.

45. Deborah Schwartzkopff sufrió maltrato psicológico a manos de su marido durante más de treinta años, situación que la llevó a que le fueran recetados psicofármacos y recibiese TEC. Tras este proceso, terminó como activista. Algunos de sus artículos pueden leerse en el siguiente enlace: bit.ly/3btB9NF.

46. Véase la nota 10 en la p. 125.

dos actos de protesta contra la TEC cada año, en las puertas de aquellos establecimientos donde se practica.

Sobre esta colaboración internacional, la misma persona del colectivo comenta:

Es importante pensarnos sin límites de fronteras políticas o económicas. Reconocernos desde los diferentes lugares donde estemos, conocernos y colaborar. Porque así funcionan las instituciones, funcionan en red. [...] Exportan y nosotros tenemos que exportar también. Como poder contrahegemónico tenemos que funcionar así. Si en España están haciendo algo y podemos colaborar, ¡colaborémos! La primera marcha contra el electroshock la hicimos por una iniciativa de Estados Unidos [...]. Un grupo allá armó la primera manifestación contra esto y nosotros nos adherimos. Así partió. Colaborarnos mutuamente es una receta que siempre da resultados. Eso es importante, pensarse sin límites de fronteras.

El otro evento que empieza a rodar ese mismo año es el día del Orgullo Loco. En el texto que acompaña la convocatoria destacan la disputa por el lenguaje que hemos comentado con anterioridad:

La palabra «locura» denota nuestra experiencia. Con ella nos identificamos, aunque algunos la usen para ofendernos. Lejos de lograrlo, nos reconocen como lo que somos. Estamos orgullosos de haber resistido el maltrato que nos han dado desde la superioridad en número y en brutalidad. Si otros movimientos, como el de las mujeres, el de los negros y el de las personas homosexuales, han podido sobreponerse a la ignorancia y a la desacreditación, el nuestro también se levantará para reclamar nuestro derecho a ser lo que somos: «locos» y «locas».

El «orgullo loco» es una emoción que nos permite celebrar nuestra cultura. Lo hacemos con este festival y con la construcción de nuestro movimiento. Los nuestros son

actos políticos necesarios para identificarnos y recuperar el lenguaje. Aprendemos de nuestra historia y rendimos homenaje a los compañeros que han padecido encierro, inmovilización, manipulaciones involuntarias, tortura y muerte. Desafiamos la discriminación, afirmamos nuestras identidades y fortalecemos nuestras comunidades. Enfrentamos la resistencia de una parte de la sociedad y la violencia de los dispositivos de salud mental. Tenemos consciencia de nuestros derechos y queremos contribuir a que otros también la tengan. Contamos con que muchos hombres y muchas mujeres, lejos de haberse estancado, siguen jóvenes, tengan la edad que tengan, porque quieren aprender y colaborar a que este sea un mundo mejor.

De Autogestión Libre-Mente han surgido otras iniciativas vinculadas entre sí que han convertido al colectivo casi en una especie de plataforma de propuestas y grupos. Un ejemplo es el colectivo No es lo mismo ser loca que loco. Este nace por la necesidad de unir reflexiones acerca del patriarcado y la locura, al darse cuenta las mujeres del grupo de que sufrían situaciones por las que los hombres no tenían que pasar. Por un lado, son partidarias de que el movimiento feminista considere a la psiquiatría parte integrante del sistema patriarcal. Por el otro, intentan que el activismo en salud mental tenga en cuenta las cuestiones planteadas por el feminismo. En su manifiesto «Locura feminista», podemos leer:

Luchamos por despatologizar las respuestas de las mujeres hacia el trauma y la opresión, apoyándonos sobre todo en el feminismo, corriente que nos ha dado la claridad para comprender que tantos de nuestros malestares subjetivos y objetivos tienen como trasfondo causas culturales y sociales completamente removibles y no desequilibrios bioquímicos o falta de litio. Luchamos por acabar con esas causas, a la vez que le extendemos la invitación a todos aquellos grupos de feministas a que nos acompañen en nuestra denuncia de la Psiquiatría y sus prácticas que buscan acallar

nuestras diferencias y adaptarnos a este sistema: dopando nuestros malestares y medicalizando nuestras legítimas indignaciones.⁴⁷

El colectivo empezó cuando las mujeres de Autogestión Libre-Mente trataron de incluir cuestiones de género y feminismo en el grupo. Ante la resistencia de algunos miembros, decidieron crear un colectivo propio y específico. Comenzaron a reunirse en octubre de 2016 y lanzaron su primer comunicado el 8 de marzo del año siguiente. Del mismo modo que el colectivo INSPIRADAS, la influencia que tratan de ejercer va en dos direcciones: por un lado llevan al activismo loco las cuestiones planteadas por el feminismo y, por otro, llevan al movimiento feminista las cuestiones planteadas por el activismo loco. Ellas encarnan ambas perspectivas, fortaleciendo mutuamente las lecturas acerca del patriarcado y la psiquiatría.

Las estrategias que utilizan para difundir el llamado «feminismo loco» son diversas. Por ejemplo, en las manifestaciones a las que acuden llevan pancartas con lemas tales como «Las locas abortamos a la psiquiatría y al Estado» o el lema que da nombre al colectivo. Además, organizan charlas, debates y talleres para difundir sus puntos de vista. Una acción que tuvo mucha repercusión fue un 8 de marzo, cuando aparecieron con pasamontañas morados en las puertas del Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak con una pancarta que rezaba: «Psiquiatría brazo armado del patriarcado», prendiéndole fuego a un muñeco disfrazado con una bata blanca. En el comunicado, podía leerse una denuncia de las condiciones en los centros psiquiátricos, especialmente duras para las mujeres, a la vez que se señalaba a un funcionario que había abusado sexualmente de una paciente.⁴⁸ Se trató de una acción en la que se utilizó una estética militante y combativa que resulta significativa, porque las activistas estaban elevando sus reivindicaciones mediante

47. Puede leerse íntegro en: bit.ly/2WXDDP4.

48. «Abandono, negligencia y vacío legal. Paramédico viola a paciente en el psiquiátrico y huye de Chile», *The Clinic*, 5 de julio de 2009.

herramientas que hace años nadie habría relacionado ni remotamente con el campo de la salud mental.

Otro frente de Autogestión Libre-Mente es la campaña «Por una niñez libre de drogas psiquiátricas». Para entender el contexto de la problemática de la medicalización de la infancia en Chile, deben observarse principalmente dos instituciones: el Servicio Nacional de Protección del Menor (SENAME) y la escuela.

El SENAME es una institución que tutela a dos tipos de criaturas: aquellas que han delinquido y otras que han nacido en lo que tópicamente se denomina como «familias desestructuradas». Recientemente, un caso de violencia en uno de sus centros visibilizó sus condiciones,⁴⁹ desatando una ola de indignación y una investigación que desvelaba como, en unos pocos años, habían muerto más de mil niños bajo reponsabilidad del SENAME.⁵⁰ En estos centros, el maltrato y la medicalización excesiva están a la orden del día. Sin embargo, las protestas que se han llevado a cabo se han dirigido a pedir un incremento del presupuesto para estos centros, lo que podría traducirse en una mejora de la calidad de vida, pero también en un aumento de la medicalización y en una consolidación de las lógicas de esta institución. Teniendo en cuenta que esta campaña se realiza desde un punto de vista crítico con la medicación, se apoyan las reivindicaciones pero con matices. Una de las personas involucradas nos señala en qué consiste este apoyo:

Vamos a marchas cuando se ha marchado por los niños del SENAME, tenemos nuestro lienzo que dice «Las drogas psiquiátricas matan niños en el SENAME», porque entendemos que no es por el déficit de psicofármacos ni de psiquiatría por lo que se mueren los niños, sino precisamente porque existen.

49. En el año 2016, Lissette Villa, una niña bajo custodia del SENAME, murió por causas no esclarecidas. Todo apunta a que se resistió a ser medicada, por lo que una educadora se sentó encima suyo mientras otra le daba la medicación. La niña murió asfixiada.

50. «Fiscal asegura que informe ONU de niños muertos en SENAME es coherente con su indagatoria», *Biobiochile*, 1 de agosto de 2018.

Cuesta poner este punto de vista, porque, claro, en el sentido común está eso de que mientras más profesionales [haya] mejor va a ser la atención, mejor va a ser el tratamiento, mejor va a ser el pronóstico. Y la evidencia estadística, empírica, dice todo lo contrario. El caso de Lissette Villa viene a ser una expresión de esto. Han tratado de hacer ver este caso como la oportunidad de que la opinión pública pida más: más fármacos, más modelo biomédico, más psiquiatras dentro de los centros... Ahí se ve también el aprovechamiento de los medios, el aprovechamiento político y económico que existe con el tema. Nosotros denunciemos el hecho de que los centros del SENAME estén externalizados de la gestión del Estado. El Estado entrega subvenciones a particulares privados que administran estos centros. Denunciamos que hay toda una maquinaria de lucro, de aprovechamiento económico de la realidad del niño cuya única condición es que son niñas y niños pobres, y muchas veces han tenido que delinquir para poder sobrevivir.

Sin embargo, la medicalización no solamente se ceba con las criaturas que son consideradas problemáticas por parte de las autoridades. También se dan grandes niveles de medicalización en el sistema educativo, que es el ámbito en el que la campaña invierte la mayor parte de sus energías. El diagnóstico estrella en el ámbito escolar es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Encontramos contextos escolares en que hay cursos completos, aulas donde el 80 % de los niños están medicados. En el fondo, se está sometiendo a una normalización del contexto escolar a toda una generación de niños, y se les está provocando un daño que puede ser irreversible. Hay muchas aristas que podemos criticar, aparte de que podamos criticar el lucro de las industrias farmacéuticas y que no tienen el sustento científico. Podemos criticar también las condiciones sociales en que este supuesto trastorno se expresa.Cuál es el sentido social que tiene.

Por tanto, la campaña trabaja por conectar el comportamiento de los niños con su contexto social. Y señala como responsables del comportamiento de los niños el uso de aparatos tecnológicos o las largas jornadas de trabajo de los padres, por poner dos ejemplos. También que el origen de estos comportamientos se encuentra en el propio modo de funcionar de la escuela, según el cual el niño debe permanecer sentado durante muchas horas y atendiendo a cuestiones que raramente le interesan. Por último, se denuncian las políticas estatales: los centros educativos reciben subvenciones por parte del Estado, que impone un conjunto de condiciones a la hora de otorgarlas. Una de ellas es el incremento de los fondos en proporción al crecimiento de la cantidad de diagnósticos y, por tanto, de psicofármacos.

Más allá del contexto escolar y del SENAME, la campaña pone sobre la mesa la medicalización de la niñez en general. Este es un tema controvertido por varios motivos. Por un lado, en el caso de que se presente un sufrimiento psíquico real (no solamente una conducta incómoda para los profesores), la propia evolución y madurez de la persona puede llevar a su superación. Los psicofármacos, en este sentido, pueden entorpecer dicha evolución, generando una dependencia y dificultando el desarrollo de herramientas propias. Por otro lado, en muchas ocasiones se da medicación a niños que están mostrando un sufrimiento derivado de abusos y maltrato. Medicalizar supone mantener en silencio estas situaciones y perpetuarlas. Por último, los psicofármacos no están estudiados en niños, porque está prohibido realizar investigación con menores de edad. En consecuencia, no hay un conocimiento adecuado de los efectos que pueden tener.

Ante esta realidad, desde la campaña «Por una niñez libre de drogas psiquiátricas» se llevan a cabo una serie de actividades. Cito extensamente, porque refleja bien qué es el activismo en salud mental en Chile:

Llevo dos años trabajando en la campaña, hemos hecho varias actividades. [...] Hemos tenido muchas discusiones con el hecho de la participación que podrían tener los

mismos niños y estudiantes en nuestro colectivo. Nos encantaría que en nuestras reuniones hubiera niños, niñas, adolescentes, que se empoderaran del tema y que encontrarán las herramientas para defender ellos mismos sus propios derechos. Sin embargo, asumimos también que, en este contexto social, los niños, niñas y adolescentes todavía son considerados como irresponsables. Irresponsables ante la ley, irresponsables para tomar decisiones... tiene que haber un adulto que tome esas decisiones.

Actualmente, estamos haciendo una guía para padres, madres y apoderados. Y tuvimos la discusión de si hacíamos también una guía para niños, niñas y adolescentes. Yo creo que la vamos a hacer en algún momento. El «pero» es que nosotros queremos que esta guía nazca de ellos mismos también, que ellos mismos se involucren y que ellos mismos planteen ideas y propuestas para redactarla. Y que no seamos nosotros como adultos, en una lógica adultocéntrica, quienes tengamos que definir cuáles son las prioridades.

Sabemos que hay muchas personas a las que cuando les plantean el tema de las drogas psiquiátricas tienen una cierta intuición de que esas drogas pueden hacerles mal a sus hijos e hijas. Sin embargo, no cuentan con información o esa información es de difícil acceso, muchas veces está sesgada por los poderes económicos de las farmacéuticas. Creemos que es importante que las personas posean acceso a información que les permita tener argumentos para enfrentarse a la presión de los profesores, del director del establecimiento, del neurólogo... Como yo pude hacerlo cuando tuve que defender la salud de mi sobrino. Asistí con mi hermana y mi sobrino a la consulta de la neuróloga. Todavía no tenía tanta información, lo único que hice fue imprimir el prospecto del Ritalín. [...] Aparecían todos los efectos secundarios, desde mareo, vómitos y náuseas hasta muerte súbita. Simplemente con este prospecto fui donde la neuróloga y le dije: «¿Usted sabe que este fármaco puede producir la muerte?». Lo único que me dijo fue: «No se me ha muerto ningún

niño hasta ahora», esa fue su única respuesta. Yo quedé impactado, porque que una neuróloga, con todos sus años de estudios, me diga eso...

Hicimos algunos conversatorios en un par de liceos, también en un instituto. Queremos hacer conversatorios en facultades de pedagogía, sobre todo porque los profesores tienen una visión muy errónea acerca de los efectos que pueden presentar los fármacos, hay un desconocimiento gigantesco en el ámbito de la pedagogía, que es donde nace el problema. El primero en señalar el conflicto de los niños inquietos es el profesor. [...] A los profesores les parece casi obvio que el niño lo que tiene es un problema interno, neurológico, cerebral y que la solución mágica no puede ser más que una pastilla. Entonces, creemos que es necesario hacer un trabajo ahí. También los padres, madres y apoderados, asumiendo que ellos son en definitiva los que toman las decisiones, para bien o para mal. La sociedad les entrega el poder a ellos, para decidir el tratamiento, etc. En eso estamos.

Anoche mismo, salimos a difundir un afiche que sacamos hace poco, a pegarlo por las calles aprovechando que está la coyuntura del comienzo del año escolar. Pegamos en varios liceos, jardines infantiles, instituciones de educación superior... Queremos que el tema se visibilice.

Otro colectivo importante es Locos por nuestros derechos, nacido en el año 2014. Este surge a raíz de una investigación de una universidad de Santiago sobre derechos humanos en el sistema de salud mental. Recogieron la opinión de profesionales, familiares y personas locas. Los resultados fueron negativos (especialmente en el grupo de las personas locas). Como consecuencia, se reunió a un grupo de personas psiquiatrizadas que, sin ser la idea inicial, acabaron redactando un «Manual de derechos en salud mental». Este, que fue presentado en el congreso Entrevoces, del que hemos hablado anteriormente, está formado por diferentes contenidos. En primer lugar, el manifiesto «Locos por nuestros derechos», en el cual señalan la importancia de

los derechos en salud mental, la voluntad de conseguir una sociedad más igualitaria que prevenga problemas de sufrimiento psíquico, así como una invitación a los profesionales a tener en cuenta el enfoque basado en los derechos humanos. En otro apartado, repasa los derechos de las personas con problemas de salud mental, recogidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la OMS. Plantea, a continuación, diferentes actividades grupales para transmitir el conocimiento de estos derechos. En el ámbito práctico, expone dos herramientas concretas y preparadas para ser utilizadas: el consentimiento informado y la declaración de voluntades anticipadas. Estas pueden ser útiles de cara a establecer el tipo de tratamiento que se quiere recibir. Ambos son documentos avalados legalmente que, *a priori*, obligan a los profesionales a seguir las indicaciones de la persona cuando sufre una crisis de salud mental. En ellos se indica si esta quiere recibir psicofármacos, si desea ser ingresada, a qué personas avisar, si está de acuerdo con recibir *electroshock*, si se designa a otra persona para tomar decisiones sobre el tratamiento y otros aspectos de la atención a la que va a ser sometida.

Las personas involucradas en la creación de este manual pidieron que se difundiese y que se creasen espacios de trabajo sobre derechos humanos y salud mental. Sin embargo, esta difusión nunca llegó, ni tampoco una financiación que la permitiese. Por este motivo, se formó el colectivo Locos por nuestros derechos, cuya primera acción (bromeando) fue robar un centenar de copias del manual escondidas en la trastienda del despacho de un profesor. Finalmente, se les entregaron otras trescientas copias. La actividad principal del colectivo consiste en difundir este manual allá donde pueden, por lo que han visitado una gran parte de Chile y otros países. Tuve la oportunidad de estar en una de estas presentaciones en el Centro de Salud Mental Comunitaria Las Ánimas, en la ciudad de Valdivia. La importancia de estos eventos no es tanto la difusión del manual (puesto que ya ha sido descargado miles de veces de Internet), sino generar discusión en colectivos activistas, universidades y en espacios propios de los profesionales. A estas

mesas redondas suelen acudir profesionales y usuarios que tienen la oportunidad de hablar entre sí, mediados por el discurso de Locos por nuestros derechos.

Este colectivo también está involucrado en las movilizaciones por el caso de José Vergara. Este desapareció el 13 de septiembre de 2015, cuando tenía veintidós años. Estaba diagnosticado de esquizofrenia. Era habitual que su familia solucionase sus crisis llamando a los carabineros, los cuales generalmente se lo llevaban a dar una vuelta en el furgón y José volvía más calmado a las pocas horas. Sin embargo, aquel día no apareció y al siguiente tampoco. Tanto los carabineros como los familiares iniciaron su búsqueda, principalmente por el desierto en el que sospechaban que lo habían abandonado. No hubo éxito. La familia, por su parte, sospecha que los carabineros no lo estaban buscando realmente y empezaron una campaña bajo el lema: «José Vergara: vivo lo llevaron, vivo lo queremos». La campaña está visibilizando el caso y movilizando a la población, además de llevar adelante una demanda judicial que terminó en una condena de cuarenta y un días para los cuatro agentes implicados. Ante esta pena irrisoria, la familia recurrió, por lo que el juicio fue declarado nulo y, mientras escribo estas líneas, están a la espera de que vuelva a celebrarse.

Desde el colectivo Locos por nuestros derechos, han colaborado en la denuncia del caso y han dado apoyo a los familiares, con los que están en contacto. También intervinieron en el recurso que propició la sentencia de nulidad del juicio, además de participar en las diferentes acciones de protesta y visibilización que se han llevado a cabo. Un miembro del colectivo, que siempre que puede va con una llamativa camiseta amarilla que reivindica el caso de José Vergara, al ser preguntado por su desaparición, señaló:

[Visiblemente emocionado, tarda unos segundos en contestar.] Fíjate que es impresionante, uno no quiere mostrar las emociones y es válido. Yo creo que el dolor que queda... porque a cualquiera de nosotros le podría haber pasado. No dice: «Yo estoy seguro», pero a veces se confía

en ciertas instituciones... Que es un poco lo que pasa con los hospitales psiquiátricos, con las internaciones, que muchas personas confían, porque piensan que no pueden hacerlo bien y porque no hay una red, no hay un grupo que apoye. Entonces, se deja en manos de otros, pero sin poder hacerle un seguimiento. Porque, si torturan a la persona, no te van a decir: «¿Sabe que torturamos?». Y se da, a mujeres las violan en psiquiátricos. Por eso está el grupo No es lo mismo ser loca que loco, porque es muy distinto ser mujer diagnosticada que hombre diagnosticado, como pasa en la pobreza, no es lo mismo ser una mujer pobre que un hombre pobre. [...] Lo que te decía antes de los pacientes, ¿por qué tenemos que esperar que los otros nos apoyen? No, ahora tenemos que apoyar nosotros. Y tenemos toda la responsabilidad y todo el derecho de hacerlo. Si nos tocan a un loco, nos tocan a todos. Y es incorporar eso en las venas, en la sangre. Por eso fue la emoción probablemente, porque es uno de los nuestros. [...] Cuando se cumplieron dos años de lo de José Vergara, pegamos en micros [un cartel con] lo que había pasado: «¿Dónde está?», con la pregunta.

Respecto al apoyo mutuo, pese a que aquí no tiene el protagonismo que sí ostenta en otros lugares, también tiene un espacio reservado en el Club del Rollo:

Hay una demanda de apoyo mutuo, sobre todo en las personas que vienen por primera vez, porque llegan con esa idea de que les van a ayudar. Entonces hay un abismo entre esa persona y el activismo que está organizando marchas, encuentros, charlas y posicionamiento político. Falta poner un puente aquí para poder cruzar este abismo. De ahí entonces surge el Club del Rollo, hubo antes un grupo que se llamaba Desmedicalización... Con la idea de abrir un espacio donde pudiera dedicarse la mayor parte de la reunión a conversar sobre lo que le pasaba a la persona. Apoyo mutuo. Porque a veces

no alcanza, sobre todo las etapas en que estamos organizando cosas es casi una reunión de trabajo. Y, claro, la persona que está pasando por una situación necesita un espacio para decir tal cosa... Y falta espacio, falta tiempo... Otras reuniones son casi puro apoyo mutuo para una o más personas que están en una situación. ¿Cómo se ha resuelto esto? Las mismas personas interesadas formaron otro grupo, otro espacio, otro día, otro horario... Y ahí surgía el Club del Rollo, que es esencialmente apoyo mutuo. Ahí, además hay una discusión muy interesante sobre qué se entiende por apoyo mutuo, algunos entienden solo lo que nosotros llamamos «nanai-terapia». Nanai es cuando los niños tienen una herida y les dicen «nanai nanai», no les hacen nada, solo les dicen «nanai nanai». Para nosotros esto es nanai terapia, solo desde lo afectivo, lo cariñoso, nunca contradecirte, «está bien que estés sufriendo»... Y nunca cuestionarte y decirte: «Oye, en realidad, lo que estás pensando y lo que estás diciendo no es» o «Lo mejor sería que te callaras o que no hables de eso» o «Madura». Entonces ahí hay una discusión superinteresante. En Libre-Mente somos capaces de convivir con esas diferencias en un mismo espacio.

Siguiendo con la búsqueda de otras formas de gestionar el sufrimiento psíquico, es importante reflejar aquí el proyecto de la Granja Loca, que estaba todavía en formación cuando me lo dieron a conocer. Se trata de un terreno situado en las afueras de Santiago, en la naturaleza, que pretende funcionar como espacio de respiro y recuperación para personas que estén pasando una mala época. Tiene una huerta en la que se cosechan verduras y está prevista la construcción de cabañas para pernoctar y un espacio común para realizar todo tipo de actividades y encuentros. Uno de los impulsores de este proyecto me explicó:

Podemos tener una visión bastante crítica del sistema, cuestionar las prácticas, manifestarnos, hacer charlas, conversatorios... Pero todavía sigue pasando que, cuando a

una persona le pasa algo, se siente mal, tiene alguna experiencia distinta... la única alternativa que hay es la consulta del psiquiatra o del psicólogo, y por lo tanto el diagnóstico. Ahí hay un montón de cosas que hacer todavía. La Granja Loca surge como un espacio necesario de resistencia que el sistema no ofrece. Creemos firmemente que la naturaleza, por sí misma, tiene un poder no sé si [de] sanar, pero de equilibrar.

Pertenece a la naturaleza. Yo tuve la experiencia de vivir el naturismo varios años, viví y trabajé en una granja ecológica un buen tiempo también.

Apareció por ahí un espacio, de una persona a la que conocía mi compañera y que tiene disponible unas buenas extensiones de tierra, fuimos descubriendo puntos en común, se ha ido «librementizando» de a poco él. Y hemos ido desarrollando la idea de la Granja Loca cada vez más. Ya tenemos construido un pequeño espacio común, vamos a acabarlo para que pueda ir un grupo de treinta o cuarenta personas a pasar una tarde a conversar. Vamos a construir unas cabañas para que las personas puedan estar bien, tranquilas... En realidad, hay un montón de cosas que hacer ahí. Queremos una participación activa de los locos y las locas en todo. Son herramientas para que las personas puedan recuperar su estabilidad, algunas están muy dañadas, otras menos. Las personas necesitan un espacio de autocuidado, de recargar energía. Y la Granja Loca, como [Autogestión] Libre-Mente, es inclusiva con los «cuerdos de remate» (risas). Es un espacio también para que los cuerdos vayan allí a disfrutar, a compartir. Hay mucha gente que quiere colaborar.

Pese a que estas últimas alternativas son de gran importancia, algunas voces consideran que el movimiento activista en salud mental en Chile, al priorizar la movilización, está dejando de lado el cuidado y el apoyo mutuo. Una persona que en la actualidad no forma parte de este entorno, pero que lo ha hecho en otros momentos, señala:

Acá en Chile se trabaja más en lo que es el movimiento, el discurso más político y no tanto en «Bueno, pero sanémonos también». A mí esto me da mucha pena, me ha generado un problema. Muchas veces he buscado y no logro dar con ese espacio. Hasta que, en un momento, recuerdo haber investigado sobre los GAM en España y intentar replicarlo acá. Y, bueno, con las personas con que intenté hacerlo no llegamos a puerto por lo mismo, ellos querían darle más énfasis al discurso político. Y yo al «Sanémonos también, apoyémonos desde lo que sentimos, de lo que nos pasa como sujetos», y me parece que hay que potenciarlo totalmente. Poder abrirle un camino y potenciarlo, porque es demasiado necesario. Sería genial que pudiesen surgir más GAM. Porque pienso que [Autogestión] Libre-Mente no es un GAM, es un colectivo político. Recalco que me parece totalmente oportuno, positivo y que hay un amor detrás de todo esto. Pero nos juntamos y vemos quién hace el cartel para la manifestación, o sacamos un comunicado porque ocurrió tal cosa. Pero lo que es respecto a emociones, o a historias de vida, no está.

PENSANDO EN COMÚN: DEBATES, EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES

En numerosas ocasiones se da la paradoja de que un profesional plantea que «hay que escuchar a los pacientes» desde la mejor de las intenciones, pero sin darse cuenta de que habla con ellos todos los días. Quizá no se está haciendo las preguntas adecuadas, o quizá no tiene interés alguno en escuchar, con todo lo que ello implica. Es por estos motivos que muchos pueden sorprenderse cuando leen o escuchan las opiniones de los activistas. Seguramente no tienen los mismos criterios a la hora de señalar qué es ejercer violencia o no, cuánta cantidad de medicación es excesiva o qué actuaciones atentan contra la dignidad de la persona.

Este capítulo pretende recoger los debates que suscita una construcción colectiva, descentralizada, profana y válida. Lo escrito hasta ahora puede considerarse una larga introducción que ha tratado de contextualizar esta sección. De las entrevistas realizadas, he procurado entresacar los temas que se iban repitiendo, los que he percibido que están en debate ahora mismo o son relevantes por diferentes motivos. Mi función será la de intentar dar una coherencia expositiva a las distintas reflexiones. Si en algún caso añado algún argumento que no tiene su correlato en uno de los testimonios citados, generalmente es porque se trata de alguna reflexión que me han dicho

off the record. He intentado que mis propias perspectivas no afecten a los argumentos dados, lo cual significa que no tengo por qué estar personalmente de acuerdo con todo lo que se plantea en el capítulo.

Experiencias con el sistema de salud mental

Uno de los principales logros del activismo que hemos descrito es la puesta en común de experiencias en el sistema de salud mental. Muchas personas consideran que ciertas circunstancias han sido excepcionales y solamente les han ocurrido a ellas, otras tienen miedo de contarlas debido a que pueden acarrear consecuencias negativas, mientras que otras asumen que son un mal necesario realizado «por su bien». Cuando se hace una puesta en común, se observa como estas vivencias son habituales y sus protagonistas comparten el sentimiento de haber sufrido una injusticia. Esto permite concebir la salud mental como una problemática colectiva y social, no como una individual. Lo que recojo aquí son justamente algunas de las experiencias negativas narradas en primera persona.

Una muy habitual es la falta de información respecto a los efectos secundarios de los psicofármacos, aunque estos son tan habituales y significativos que incluso se está empezando a cuestionar el apelativo «secundario». Un ejemplo es el aumento de peso. Muchos psicofármacos, especialmente los antipsicóticos, incrementan la sensación de hambre y disminuyen las ganas de moverse. Generalmente, no suele avisarse de este ni de otros efectos, por lo que la persona se da cuenta cuando ya están sucediendo. En el siguiente testimonio, la persona entrevistada había aumentado de peso mientras los tomaba y cuando dejó de tomarlos, lo perdió. El psiquiatra negaba que la causa fuera la medicación:

Cuando me desmedicalicé, perdí mucho peso. Mi psiquiatra me decía cada vez que iba:

—Pues de aquí [de este peso], ya no bajas.

—Eso será porque lo cogí con los antipsicóticos durante años —argumentaba yo.

Y él me lo negaba. Vamos a ver, no me lo niegues. Ya sé. Y, además, tú sabes que yo lo sé. No sé cuál es el sentido de fingir, de negar las violencias. Que no pasa nada, ¿que tú no me lo dijiste? Vale, no pasa nada. Pero no hagas como que no.

Se esconde información de todo tipo: efectos secundarios, cantidad de tiempo recomendado para tomar el fármaco (tiempo que se sobrepasa en la mayoría de los casos), explicación lógica y plausible de su funcionamiento, etc. Otro ejemplo de información que suele ocultarse es el de la esperanza de vida:

¿Nadie va a hablar de que nos morimos antes? Tengo este diagnóstico [esquizofrenia] y tengo veinte años menos de esperanza de vida. Y son números objetivos. ¿Por qué no se habla de esto? Tienes a una persona que se va a morir antes porque va a tener un montón de problemas por el consumo de neurolépticos y por lo asociado al fármaco: por el sedentarismo, por el consumo de tabaco, de café...

Otra experiencia controvertida es la recepción de diagnósticos. Es habitual que se informe sobre ellos sin el tacto que merecen. No suele tenerse en cuenta que estos cambian la vida en su totalidad. Si bien es cierto que, para una parte de las personas, supone un alivio poder nombrar lo que les sucede, para otras es una experiencia muy negativa. Una de las quejas más corrientes es que no se pregunte si se quiere recibir un diagnóstico o no. Esta queja, que tiene mucho sentido en salud mental, no acostumbra a darse en otras áreas de la medicina en las que los diagnósticos determinan la mejor intervención y los pacientes no dudan de ello. El diagnóstico suele ir acompañado de un pronóstico sobre cómo se prevé que van a ir las cosas. Como relata este testimonio, en el caso de experiencias psicóticas y bipolares, por lo general no se tienen muchas contemplaciones:

Recuerdo que cuando a mí me diagnosticaron me planteé quitarme la vida. La vez que más seriamente me he planteado quitarme la vida fue cuando me acababan de decir que no iba a tener pareja, que tenía que vivir en casa de mis padres, me acababan de dar una medicación que hacía que no me viera la polla, no podía leer (que es lo que más me mola en el mundo)... y me dicen que «esto es para siempre». Estuve en la vía del tren, viendo pasar trenes y no lo hice, pero es la única vez que me lo he planteado de verdad. No fue un desamor ni una tormenta emocional. Fue racional: «Creo que es plausible y lógico que me muera, a lo mejor es la mejor opción que tengo». Así, sin muchos dramas. Pero nadie se plantea que decir esto [el diagnóstico] suponga un riesgo para la vida. Al final, se protegen ellos.

Otro de los factores más señalados entre las personas entrevistadas es el de la existencia de temas tabú. Ejemplos claros pueden ser pensamientos de suicidio o de agredir a alguien. Estos se esconden a los profesionales, porque hablar sobre ellos puede tener como consecuencia un ingreso hospitalario o un incremento de la medicación. Nadie les prohíbe explícitamente expresarlos, pero de manera implícita hay un castigo. El resultado es que existen temas tabú, y esto tiene consecuencias:¹

Si no le pones palabras ¿cómo lo abordas? Si tú no tienes un espacio para decir, por ejemplo, «Quiero hacer daño a alguien»... ¿cómo lo trabajas? Si frente a eso cortas, sigues teniendo ese problema. Es como: «No se puede correr el riesgo...». Pero sí puedes correr el riesgo de entumecer químicamente a una persona, impedirle su desarrollo, aislarla socialmente, descolgarla del trabajo, del barrio, de la posibilidad de tener una pareja, de todo. Y abandonarla hasta que se le caigan los

piños en una residencia. ¿Eso no supone ningún riesgo? Hay que redefinir qué es «riesgo». Los profesionales de la salud mental creen que es riesgo todo aquello que no esté controlado, pero pueden controlar una situación y provocar un desenlace espantoso. O puedes coger la situación y hablar de ella con todas sus consecuencias.

Por supuesto, una buena parte de las experiencias negativas están directamente relacionadas con prácticas que ya hemos comentado. Una de las más criticadas es la contención mecánica. El ejemplo que sigue está recogido en la web de la campaña «#ocontenciones»:

He sido atada en dos ingresos psiquiátricos. Las experiencias han sido las más aterradoras de mi vida. Las dos ocasiones han tenido lugar en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Ambas fueron en el momento del ingreso y duraron varias horas en las que no me podía mover en absoluto, atada de pies y manos, valorando si dislocarme alguna muñeca o tobillo para poder tener, al menos, una extremidad libre y poder cambiar mínimamente de postura. Estar atada durante horas sin poder cambiar de postura es horrible. Además, como te pinchan algún antipsicótico para dormirte, al estar atada de esa manera es imposible dormirse, por lo que el sufrimiento es todavía mayor. Me dejaron sola en una habitación alejada del personal sanitario, por lo que si llamaba para cualquier cosa, nadie me oía y nadie venía a ver qué me pasaba. En la primera ocasión, gritaba porque tenía calor y quería quitarme las botas y el jersey de lana que llevaba puestos. Gritaba porque tenía mucha sed y nadie me daba un vaso de agua. En la segunda ocasión, apenas grité porque sabía que no serviría de nada. Tenía frío y quería una manta, tenía ganas de ir al baño y tuve que hacerme mis necesidades encima. Cuando vino algún celador le expliqué que me había cagado literalmente encima y no hizo nada al respecto. Al cabo de las horas vinieron seis personas a limpiarme el culo y volverme a atar. Yo seguía con un

1. Esto plantea preguntas que sería muy interesante tratar de contestar en otro lugar: ¿Es el profesional responsable de la vida de la persona? Si se suicida, ¿es su culpa? ¿Esta culpa se deriva del paternalismo? ¿El suicidio es una opción legítima?

sueño horrible y con la imposibilidad de dormirme. Además, por la propia psicosis, tenía miedo a quedarme dormida, porque pensaba que si me dormía me moría, por lo que fue un infierno en muchos aspectos. Pienso que hubiera sido más sencillo, y menos traumático, si alguien me hubiera desatado y hubiera tratado de hablar conmigo tranquilamente. Yo no era peligrosa ni para mí misma ni para nadie. Solo estaba asustada por mi psicosis y enfurecida porque me ataban.

Algunas experiencias narradas están relacionadas con que las disciplinas *psi* excluyen de sus análisis los factores sociales. Los profesionales suelen considerar que una disciplina científica es neutral, lo cual implica obviar el contexto social al considerar que no es científico tenerlo en cuenta. En este sentido, una experiencia bastante habitual es que la persona sienta que no se valora su propia sensibilidad respecto a la realidad, sobre todo si es una sensibilidad crítica. Creer que esta es una sociedad sin conflictos, y que es aceptada por todo el mundo, es asumir que el «no encajar» es patológico. Esto es especialmente relevante cuando hablamos de adolescentes, como en el siguiente ejemplo:

Todo mi entorno, que eran personas con una sensibilidad distinta y un cuestionamiento a las tradiciones y las normas bien rígidas de la sociedad empiezan a caer en distintos diagnósticos. Me acuerdo de mis mejores amigas... Una estuvo internada en el psiquiátrico con intentos de suicidio, un amigo se mató, otra de mis mejores amigas estuvo internada un año entero por un intento de suicidio, después por anorexia. Yo tuve una crisis de angustia, me puse a llorar después de años sin llorar y no paré. No dormí en dos semanas, dos o tres semanas. Entonces, ahí me llevaron a un psiquiatra que era bastante «progre». Y, claro, el loco² me hizo un diagnóstico de depresión y empecé a

2. En Chile, de forma coloquial, suele usarse la palabra «loco» o «loca» como en España se utilizaría «tío».

recibir un tratamiento farmacológico con antidepresivos. En ese tiempo, empecé a dormir, andaba siempre dormido, me andaba quedando dormido en todas partes. Tenía bastante persecución en el colegio, un establecimiento educacional que era muy fuerte con las normas y yo me desajustaba un poco de esas normas. Por cosas mínimas: porque llevaba el pelo un poco más largo, no me quería meter la camisa dentro del pantalón... El director estaba ahí desde la dictadura [de Pinochet].

Muchos de los compañeros del mundo en que me movía, que estaba muy marcado por el metal y por el punk, estaban todos psiquiatrizados. La gente más adaptada no estaba tan psiquiatrizada. La gente deportista, que iba más a las «discos», a la que le gustaba más la música pop... gente muy sobreadaptada. Los problemas de estrés no eran tan terribles, como de repente los conflictos [derivados] de buscar una sociedad distinta.

En esta misma dirección, se critica que la salud mental institucional tiene un sesgo en términos de clase social sobre el que no hay conciencia. Por ello, actúa ofreciendo diferentes tipos de oportunidades en función de la clase social, sin saber que lo hace. Una persona entrevistada en Chile comenta:

Acá, con alguien que tiene dinero y tiene una crisis psíquica, ¿qué hacen sus padres?: «Date un viaje, anda a Europa, conoce mundo...». Alguien pobre que tiene una dificultad psíquica compleja: al psiquiátrico y electroshock. Entonces, esto es muy fuerte para nosotros como sociedad. Si tienes dinero, anda al mejor psicólogo que existe en Chile, al psiquiatra que no te va a poner en cuestión si no quieres tomarte los medicamentos. En cambio, alguien que es pobre no. El medicamento que él te dice y, si no te lo tomas, casi que llaman a los carabineros, y eres más loco aún y más enfermo. Más etiquetas. Y esta ha sido la historia de Latinoamérica en todos los ámbitos y se acumula rencor. Y este rencor yo lo considero válido.

Y en España también:

Hay gente que tiene familia, que no tiene que trabajar, porque su familia les mantiene, que tienen casa propia, que no tienen preocupaciones a este nivel. Y yo creo que ser mujer y de clase baja, ahí ya te cagas en todo. Ahí tengo una rabia que he podido canalizar a través del activismo y de todas estas ideas y de poder generar ese discurso crítico. Pero tengo cuarenta años y me siento una puta fracasada porque no tengo casa. Me fui a vivir con mi madre después de diez años viviendo fuera de casa y lo he llevado fatal. Para mí, mi independencia es superimportante. [...] Tengo una amiga que vive en una pensión, porque su familia no tiene recursos y han pasado de ella. Vive de una pensión no contributiva en una pensión. Come fatal en un comedor de mayores porque le dan una beca, tiene un montón de enfermedades físicas y está cronificada. Es una inteligentísima mujer. Si tuviera un respaldo económico, tiene un potencial la tía... es una vergüenza. Yo voy a verla a su pensión y me da una pena...

No se trata de que la psiquiatría o la psicología tengan el poder de arreglar situaciones económicas desesperadas, sino de que no están teniendo en cuenta que la clase social afecta al sufrimiento psíquico y a las posibilidades para gestionarlo. No se incluye este factor en las teorías psicológicas o psiquiátricas, y raramente se pregunta en los experimentos de los cuales salen los datos para elegir los tratamientos, pese a que sería lo más lógico.

La clase social es determinante, pero también podríamos decir lo mismo de otros tantos factores que atraviesan a la persona: el barrio, el nivel educativo, la migración, la vivienda, el género, la religión, etc. Estos puntos ciegos llevan a que las disciplinas *psi* estén desconectadas de la realidad social y pasen por alto aspectos muy importantes. Esta desvinculación se mantiene de varias maneras: hablando solamente entre profesionales, excluyendo otras perspectivas, no mostrando interés por estas cuestiones (ni siquiera cuando estamos pasando por una crisis económica

mundial este aspecto ha provocado el más mínimo interés entre la mayoría de profesionales) o infravalorando el peso de las experiencias que la persona ha vivido. Debido a esta impermeabilidad, se ha llegado al extremo de patologizar la crítica. Por ejemplo, una persona entrevistada explica lo que le sucedió cuando acudió a una conferencia de profesionales acerca de contenciones mecánicas y psicofármacos:

Lo hablaban con un orgullo, como que estaban haciendo las cosas perfectamente. Quedé muy noqueada, quería ver qué es lo que ellos sentían y fue muy chocante el ver eso. Fue a la vez muy confrontacional, porque yo me senté al lado de una usuaria que había llegado allí. Había pasado casualmente, porque no las invitan [a las personas usuarias]. Vio un cartel y entró. Y la usuaria en un momento se para³ y les empieza a decir muchas cosas. ¿Sabes lo que hicieron? Le pidieron que se fuera, y después, cuando ella salió, la tipa que estaba como llevando todo dijo: «Disculpen, era una paciente muy descompensada»... Esa fue su reacción, ni siquiera se pusieron a pensar en lo que les dijo. Hay un abismo muy grande como para que el profesional empiece a cuestionarse.

Tras esta anécdota, continúa:

[Los profesionales] están haciendo un daño tan enorme... porque ellos creen que están haciéndolo bien y lo creen de verdad. Hay otros colegas que dicen: «Ellos saben perfectamente lo que están haciendo y son muy malos, solo quieren el dinero». Y, sí, el 90 % del por qué están ahí es el dinero. Pero yo creo sinceramente que ellos no son conscientes del daño. Ellos siguen pensando que están ayudando a un sujeto. Siento que hay que interpelarles más. [...] Creo que hace falta, desde el poder popular,

3. En España, se diría «se levanta» o «se pone de pie».

hacer que nos devuelvan nuestra dignidad, nuestro bienestar. Le están haciendo daño a tu gente, eso me jode mucho.

Soy perfectamente consciente de que muchas personas dirán que han pasado por el sistema de salud mental y que no han tenido problema alguno. Que las palabras «daño» o la expresión «no respetar los derechos humanos» les parecen desproporcionadas. No obstante, muchas otras se han encontrado con un trato completamente degradante. Se escuchan cada vez más testimonios que definen sus experiencias como «violentas». Similar a lo que está sucediendo con las víctimas de violencia machista: en un principio, se consideraba a las mujeres que lo denunciaban como «exageradas». En la actualidad, con los testimonios y las cifras puestas a la luz, este calificativo no tiene sentido. El tiempo dirá si los términos «violencia», «trauma» u «opresión» son los adecuados, y si la palabra «lucha» es oportuna para contrarrestarlos.

No puedo finalizar este apartado sin reproducir unas reflexiones generales hechas desde la rabia. Esta es una de las emociones que más percibí en las entrevistas que realicé. Es sorprendente que muchos profesionales no conozcan la rabia que generan en algunas personas, tanto por sus prácticas como por su falta de autocrítica. También podrían sorprenderse cuando se les informa de que muchos de sus pacientes no les dicen la verdad por miedo a las consecuencias. Detrás de la sumisión y la sonrisa de muchas personas que pasan por el sistema de salud mental, hay una indignación no expresada. La sorpresa es un síntoma de la falta de reflexión al respecto. Creo que estas palabras de un activista que pasó por el movimiento libertario en España sintetizan muy bien esta idea:

El activismo en salud mental hace que veas situaciones muy irracionales en salud mental, muy poco fundamentadas, que no hay por donde cogerlas, que hacen agua por todos los lados... Y dices, joder, me estás hablando con una seguridad, con una coherencia formal... ¿qué es lo que pasa con las contenciones? Atáis a gente a la cama. Vale, utilizáis

un imán o una correa, en vez de una cadena. ¿En serio? ¿En todo este tiempo no habéis podido llegar a algo mejor? ¿Qué coño habéis estudiado en la carrera que lo que se os ocurre ante una persona que está sufriendo a ese nivel es atarla?

Todos lo sabemos: cuando estás hasta el culo de fármacos no haces ejercicio, no tienes vida sexual, te abandonas, te recluyes, te caes de la sociedad, te repliegas... Si a mí los psicofármacos me hubieran ayudado y me hubieran servido, tomaría psicofármacos. Pero es que no funcionan. Si a mí me hubiera ayudado algo de lo que me han planteado en salud mental, yo iría. ¿De verdad no os da para pensar que si no voy es por algo? No es que esté gilipollas. La psiquiatría y la psicología nunca funcionan con la navaja de Ockham, nunca escogen la explicación más sencilla como explicación plausible. Como sucede con la frase: «No tienes conciencia de enfermedad». En términos epistemológicos, has dado ocho vueltas para llegar a esa respuesta. O sea, ¿que el problema de que la gente no acuda a tu servicio es que la gente no sabe lo que le pasa realmente? ¿En serio no te has planteado otras cosas? A lo mejor tu dispositivo da miedo. Quizá tu dispositivo no funciona. Hablas con profesionales y es como: «Ya, pero esto es así». Ya, esto es así, pero no funciona. Si hicierais puentes, y todos los puentes se os cayesen, seríais una mierda de ingenieros.

Primeras experiencias en el activismo

En algún momento, la mayor parte de personas entrevistadas entraron en un período de cuestionamiento. Surgen preguntas sobre diferentes temas: efectos secundarios de la medicación, explicaciones a las experiencias que están teniendo, necesidad de un acompañamiento humano, de comprensión, de personas que hayan pasado por lo mismo, etc. Se buscan, en definitiva, un apoyo, una solución, un camino con cierta esperanza o, al menos, herramientas útiles. Al no encontrarlos en la salud mental

institucional, investigan fuera y, a veces, lo hallan. El activismo es una salida entre otras posibles, pero es la única que persigue cambiar las cosas.

Una de las dificultades más comentadas es el lenguaje utilizado por los profesionales. Se trata de una jerga muy especializada, que requiere de cierta formación para poder manejarla. Además, es la única forma legitimada de hablar acerca de la salud mental. Consecuencia de todo esto es que las personas se vean obligadas a darla por buena y a confiar el cuidado de sus seres queridos con sufrimiento psíquico al sistema de salud mental. Por tanto, el lenguaje será uno de los campos de batalla más importantes y recurrentes. Una activista en primera persona de España reflexiona sobre esta cuestión:

La psicoeducación creo que es la primera barrera. La gente habla de lo que le pasa en un lenguaje que no es suyo. Tú ya tienes un malestar psíquico y una confusión a la que se suma ahora que estás hablando con un lenguaje totalmente ajeno a lo que te pasa. [...] Me recuerda a aquello de «Nos lo han dicho los profes».

Y la gente no es consciente de su vulneración de derechos. En un taller de derechos [en salud mental] la gente decía que no habían vulnerado sus derechos. Y empezamos a hablar: «¿A quién le han atado?». A todos. «¿A quién le han aplicado un ingreso involuntario?». A casi todos. «¿Y te dejaron decidir quién podía ir a verte y quién no?». No... Bueno, pues todo eso es una vulneración de derechos.

Efectivamente, es difícil cuestionar la legitimidad de una práctica definida como «terapéutica». Si se genera un discurso que sitúa esta práctica en la categoría «vulneración de derechos» y este discurso se extiende, existen más probabilidades. Este es solo un ejemplo de la importancia de las palabras. Sin embargo, esta búsqueda de un nuevo lenguaje, de un nuevo discurso, es más complicada de lo que parece. Se trata de romper con un círculo de ideas blindado, del que cuesta salir para buscar otras opciones. Muchas personas consiguen romperlo, porque han

participado en movimientos sociales y eso les proporciona una experiencia previa en el cuestionamiento de lo establecido, la investigación sobre alternativas y la organización con otras personas para realizar un trabajo colectivo. Sin dejar de ser complicado, tienen unas bases que lo facilitan. En cambio, aquellas que no han formado parte de movimientos sociales rompen el círculo a base de fuerza de voluntad. En ambos casos, tienen que nadar a contracorriente de los discursos oficiales y, a menudo, de las posiciones de profesionales, familiares y amistades. Esto genera inseguridades, porque es habitual que se les cuestione cuando empiezan a pensar de otro modo. La cultura de la salud mental configura una determinada forma de pensar el malestar, tanto el propio como el ajeno, y encontrar otra forma de pensar es más complicado de lo que parece. Este es el motivo por el cual el proceso de toma de conciencia y de desarrollo de un lenguaje propio requieren tiempo, espacio y comprensión. En Chile, un activista me señaló lo siguiente:

Cuando tú estás no solamente psiquiatrizado, estás diagnosticado y tomando drogas psiquiátricas, con conciencia de enfermedad y eso... estás institucionalizado. Entonces, tú piensas en dispositivos, piensas en prestaciones, piensas en tratamientos y en que otras personas tienen que hacerse cargo de tu situación. No es para nada raro (si es que logras atreverte y vencer un montón de obstáculos, entre los que están las drogas psiquiátricas, para salir de tu espacio privado y participar en un espacio más público) que lo primero que surja es hablar de síntomas, de diagnósticos... Lo encuentro natural, desde la identidad que tienes en ese momento, reunirte con otro a conversar sobre eso. De hecho, nos ha pasado más de una vez, cuando empezamos a hablar de derechos humanos en salud mental, que la gente empezó a hablar de síntomas, de medicamentos, de dosis, de diagnósticos: «Yo tengo esto...» y es natural.

Valoro mucho el paso a un espacio de participación. Una de las razones que mantienen el sistema como está es

que faltan espacios de participación. Entonces, tampoco se trata de abrir un espacio y configurarlo de manera en que solo se hable de lo que uno quiere que se hable. Porque sería, además, desconocer el proceso natural de la persona que recibe información que nunca ha tenido, la procesa, la integra, la compara con su propia experiencia, ve si le encuentra sentido o no... Por lo demás, es una experiencia que yo también viví. También participé de grupos específicos, por diagnóstico, y se hablaba de medicamentos, de síntomas, se hacían procesos de adherencia al tratamiento entre uno y otro: «Tómate el medicamento», «Anda al psiquiatra para que te suba la dosis».

Poner palabras propias a las experiencias que se están vi- viendo facilita la búsqueda de herramientas más precisas y acor- des con las necesidades. Estas palabras y herramientas permiten salir de unos términos preconcebidos en los que no siempre se puede o se quiere encajar. En otro capítulo, hemos comentado la aparición de la expresión «escucha de voces» como sustituto de «esquizofrenia». Otros ejemplos ya mencionados son el término «sufrimiento psíquico», en lugar de «enfermedad mental», o lla- mar «vulneración de derechos» a ciertas «prácticas terapéuticas». Nombrar las experiencias de un modo distinto ha cambiado la percepción de muchas personas, permitiéndoles manejarlas de un modo digno y respetuoso.

Además del lenguaje, el activismo transforma las actitudes frente a las propias experiencias. En el siguiente testimonio, observamos cómo el activismo facilita a una persona salir tan- to de la etiqueta «enferma» como de cualquier otra etiqueta, en este caso psicoanalítica. Esta es la experiencia de una partici- pante del colectivo FLIPAS GAM:

Llevaba trece años con una psicoanalista y no había tra- bajo directo con las voces, era analizar. Analizar mi familia, analizar mis traumas... Pero, ¿qué hago con las voces?, ¿qué hago con una experiencia que me ha marcado, que ha que- dado fuera de mis amistades, fuera de mis relaciones? Ahora tengo un relato de mi familia la hostia de complicado y

de profundo. Pero, ¿qué hago con esa experiencia? Y está el lenguaje este psicoanalítico retorcido, rebuscado: las «es- tructuras», tu «padre», tu «proyección con no-se-cuál»... que no entiendes ni jota. O [considerarlo como una] enfer- medad. Entremedias, te mueres de asco. Para mí, [el activis- mo] es un espacio donde poder hablar sin vergüenza y sin miedo, donde no me dicen que estoy enferma, para ha- blar con sinceridad, poder compartir esa parte de mí. Ha sido como la palanca que me ha permitido sentirme fuerte para hacer el esfuerzo de compartirlo con gente querida, integrarlo en el resto de mi vida. Hay una parte de mí que nunca me he atrevido a ser, no me he atrevido a ser yo del todo, la he tenido que tapar. Y, de repente, ahora mis ami- gos me preguntan: «¿Qué tal las voces ayer?».

[...] Llevo toda mi vida huyendo de eso y me parece su- percruel. Tienes que estar ocultando todo el rato una parte de ti y, cuando hablas de ella, te dicen: «Pero ¿te has toma- do la medicación?». Joder, sí me tomo la puta medicación, no tiene nada que ver con eso. Y tú sabes que es algo que no es malo. Aunque a veces sí que era horrible, porque me es- forzaba y me peleaba todo el rato por huir, por taparlo. El esfuerzo que haces... callar, ocultar, no hacerles caso... al final se vuelve peor; era un ruido en la mente horrible. Es negar una parte de ti, negarte a ti. Eso es peor que la expe- riencia [de las voces], mil veces. Que te esté pasando algo y hacer como que no te está pasando. Disociarte de ti. Es como que no puedes habitarlo. Y, de hecho, cuando las asu- mes como parte de ti, en realidad [las voces] suelen ser muy tranquilas para la mayoría de las personas. Para mí, afron- tar esta experiencia no como una enfermedad, sino como una parte de mí, está cambiando mi vida.

Otra experiencia muy recurrente es la sensación de que se vuel- ve a tener la vida en las propias manos. Esto implica diferir abier- tamente del discurso oficial, pero también empezar a tomar decisiones y responsabilidades. Para la siguiente persona entrevistada, esto último es lo que diferencia al usuario/paciente del activista:

Cuando tú eres usuario, siempre pones en posesión al otro del ejercicio de poder. Pero, en el caso del activista, eres tú el que está disputando el poder a la institucionalidad, porque tú difieres de las percepciones, de cómo se enfoca, de cómo se hacen las cosas. Y es lo que queda: empezar a hacer las cosas nosotros, como activistas. Como paciente no puedes hacerlo, porque te restringen. [...] En las decisiones que tomas, hay un grado de responsabilidad y puedes decir: «Pucha, podría haberlo hecho así», y también ante el grupo, hay una responsabilidad, en el buen sentido de la palabra.

Este sentimiento de responsabilidad puede haber estado olvidado durante años, sobre todo para las personas que han estado mucho tiempo en los dispositivos de salud mental, sin trabajar y teniendo que ver su vida reducida a las opciones de ocio de algún centro. A modo de anécdota personal, un grupo de activistas en primera persona empezaron a reunirse para organizar el Orgullo Loco en mi ciudad. Un día me encontré con una de esas personas y, hablando sobre el tema, me preguntó: «Si no sale perfecto, no os enfadaréis ¿verdad?». Creo que me estaba dando a entender que esta actividad, cuyo resultado dependía exclusivamente de lo que ella y las personas de la asamblea decidiesen, le generaba inseguridad, porque estaba en el proceso de aprender a confiar en sí misma, después de que, durante años, nadie le hubiera dado esa confianza. Buscaba la aprobación de un profesional (yo), que es a lo que la habían acostumbrado. Las personas que están recuperando agencia sobre sus vidas sienten, junto con la necesidad de arriesgarse a actuar de manera diferente, un miedo a tomar responsabilidades y fallar. La misma persona del testimonio anterior reflexiona sobre esto:

Hay un grado de responsabilidad, esto también lo he aprendido yo. [...] Participar en las distintas acciones, independientemente de cómo lo hagas, es el hecho de aportar, de apoyar. No depositar, no dejar en manos de otro las acciones, porque, además, tú le cargas al otro la responsabilidad y le cargas todo el trabajo. A los servicios de

salud, en general, no solo en el plano de lo psiquiátrico, siempre uno va como pasivo. O sea, tú solamente recibes, el otro es el que te indica lo que tienes que hacer, es quien detenta el poder. Y aquí [en el colectivo] he tenido que adoptar actitudes activas, actos. A veces, hemos ido a acompañar a compañeros que han estado en dificultades, a una compañera también, y ahí tú ves que se puede. Yo no te digo que lo hacemos perfecto, probablemente hay muchos errores. Pero lo importante es que yo me expongo a ello y esto yo creo que es algo vital, muy bello.

Por ejemplo, en el caso de los programas de radio realizados por personas con sufrimiento psíquico. La mera experiencia de preparar los programas, hablar en público, escuchar la propia voz, aprender sobre cuestiones técnicas o decidir en asamblea los horarios de la programación, supone para muchos un verdadero cambio. Un miembro de una radio de estas características en Chile señala:

La radio da resultados. Hay personas que van aprendiendo cosas. Algunos han empezado a estudiar, se han interesado por el periodismo. [...] La gente sale empoderada. Una persona que viene a la radio y está varios años acá, si es que se va, ya no se va siendo la misma persona que llegó. Hay personas que nunca habían hablado en público, por ejemplo. Nunca habían estado frente a un micrófono. Yo creo que los resultados se ven, no son cosas sobre las que nosotros opinamos de forma subjetiva, son cosas concretas.

Sería un debate estéril definir si lo que sucede en el activismo es un proceso de empoderamiento o si preferimos señalarlo con otro término. Lo cierto es que el cambio de mentalidad es muy grande y eso es lo que importa. Un participante de Autogestión Libre-Mente señala:

Quitarse el miedo. Hemos visto en personas que empiezan a participar en el grupo y llevan un tiempo, y

luego van a una manifestación y les cambia totalmente el paradigma de sujeto pasivo, de paciente que fue diagnosticado. De: «Toma esto», a decir: «Yo pienso esto». Es tremendo. Es un pedestal al que la persona se sube y del que creo que nunca se baja. Si se llegara a bajar de ese pedestal, ya sabe que hay otros peldaños más arriba.

El apoyo mutuo: ventajas, dificultades y limitaciones

El apoyo mutuo es una de las propuestas más importantes del activismo. El principal referente del apoyo mutuo es Piotr Kropotkin quien, frente a la idea de que la supervivencia de una especie está basada en la ley del más fuerte, planteaba que está basada en la cooperación. Llevándolo a nuestro terreno, el apoyo mutuo es un concepto que rompe con la idea de que los problemas de salud mental son individuales, ya que los sitúa en un plano colectivo. Esto permite considerarlo no solamente en términos terapéuticos, sino también incluir aspectos como la solidaridad, la horizontalidad y la creación de tejido social. En un ámbito más práctico, puede darse bajo un formato informal, por ejemplo, yendo a visitar a una amiga que está pasando por malos momentos, o en una configuración más formal, como se da en los GAM.⁴ El objetivo de esta sección es recoger testimonios que hablan de los aspectos positivos de ambos tipos de apoyo mutuo, así como de la complejidad que supone llevarlo a cabo.

Respecto al apoyo mutuo informal, resulta bastante representativo el siguiente ejemplo de un miembro del colectivo Autogestión Libre-Mente:

4. Se ha confundido en muchas ocasiones el apoyo mutuo con la autoayuda y con la terapia de grupo. Este se diferencia de la autoayuda en que el apoyo mutuo se basa en una relación de reciprocidad: «Yo te ayudo a ti, tú me ayudas a mí», y no únicamente: «Yo me ayudo a mí». Respecto a la terapia de grupo, esta está dirigida por un profesional, mientras que en los GAM no hay profesionales.

La primera vez [que acompañamos fue a] un compañero, nos pusimos de acuerdo y fuimos una compañera psicóloga, que no fue en calidad de psicóloga, sino porque había establecido contacto, y un compañero que tiene un diagnóstico, un loco, digamos. Posterior a la visita a este compañero, en una reunión, se dijo: «¿Cómo hacemos esto?, ¿cómo sistematizar, hacer un esquema, una estructura?». Y alguien dijo: «No, po, a lo Libre-Mente». Y siempre hay un grupo de dos o tres personas que van a apoyar, sin necesidad de que tú previamente hayas establecido a unos responsables. Porque, como yo te decía, eso es cargar a algunas personas. Porque, además, a algunas personas les es menos cómodo que a otras, y si tú las obligas es contraproducente. Y esto ha ido ocurriendo de esta forma espontánea. La primera vez que yo fui, con este compañero, yo me agarré con él en la casa, me puse a discutir y, después, yo le expresé mis disculpas. Le dije: «Pucha, perdona, vengo aquí como de arriba, a ser opinólogo del tema» y se dio una relación bien linda, fíjate. [...] Eso es lo bueno, que tú puedes equivocarte. Esa es la ventaja, que tienes la posibilidad, no el derecho, pero sí la posibilidad de equivocarte. Y esto es bueno, porque no se te presenta como una persona a quien se recurre, poco menos que un salvador; eres alguien que puede apoyar al otro. Y eso es, como yo digo, el «afectoshock», que no es más que eso. Que no es solo el apañar, el abrazar, sino ese agarrarse con él, ponerse a pelear, a discutir, que son afectos, no los mejores, pero son afectos.

Sin embargo, la experiencia no es tan positiva para todo el mundo. El acompañamiento implica desgaste emocional y situaciones difíciles de manejar. A veces se exige un cuidado que agota a las personas que acompañan, y en otros casos este cuidado es rechazado. Cuando la persona forma parte de un colectivo o grupo, este puede recibir ataques desproporcionados. Una reflexión habitual es que no es necesario tener un protocolo o un grupo definido, y que es mejor que el apoyo informal venga desde la afinidad personal. Una activista de

FLIPAS GAM, que estuvo involucrada en este tipo de procesos, reflexiona al respecto:

Teníamos un equipo de rescate, en situaciones superjodidas nos llamaban. Nosotros íbamos como: «¿Qué te pasa? ¡Vamos a ayudarte!». Y, de repente, te dabas cuenta de que no podías ayudar, que te quemabas, te cansabas, que se establecía una relación de dependencia, de ayuda y nada más. No era recíproco, se tiraba muchas veces de las mismas personas, porque estaban mejor, entonces esas personas se quemaban. Para decepción nuestra, nos dimos cuenta de que no podía ser. Eso iba a dejarse para las relaciones que se establecieran en los GAM, para las relaciones que se han establecido fuera que han sido muy fuertes y muy intensas. Hemos conocido a gente que ha sido muy importante en nuestra vida.

Somos muy complicados. Gestionar a personas en crisis que han volcado su agresividad hacia el grupo, porque lo están pasando muy mal... Aunque tengamos experiencia en primera persona, las situaciones de crisis son muy difíciles de abordar cuando esa persona no tiene una red explícita y vuelca su necesidad de cuidados en un colectivo. Ahí están más las relaciones personales que tú tienes, que a nivel personal se implican, que el hecho de que haya un protocolo como colectivo o una forma de actuar concreta. Muchas veces, nos hemos sentido desbordados, porque de repente una persona ingresaba, o antes de ingresar estaba fatal. Queríamos ayudar, pero fuera del activismo no tenía red de apoyo mutuo ni nada, pues no sabíamos bien qué hacer.

En general, las experiencias de apoyo mutuo informal que mejor han funcionado han sido aquellas con unos planteamientos realistas respecto al modo de funcionar. Si bien no es necesario un protocolo, sí que lo son ciertas reglas explícitas sobre cómo la responsabilidad debe ir en dos direcciones. Un activista en primera persona de Locomún recuerda:

A mí me sentaron mis colegas y me dijeron: «Vale, estamos aquí, ¿qué te hace falta? Pero, para que estemos aquí, te exigimos que comas tres veces al día, que hagas deporte...». Había una condición: «Te ayudamos, pero no es incondicional. Te vamos a ayudar, si tú cumples el mínimo de hacerte responsable de estar bien. Pero si tú no te vas a hacer responsable de estar bien, nos quitamos de en medio».

Tú qué necesitas y qué necesitamos el resto de ti. «Necesitamos espacio», «necesitamos tiempo», «yo no voy a poder estar, porque me recuerda a cuando mi compañera estaba mal»... Y no puedes tomarte esto como una agresión, porque estamos aquí libremente. Aquí no le debemos nada nadie, esto funciona entre iguales, y creo que hay que volver a reflexionar sobre ello. Son acuerdos, y no son acuerdos de totalidad, son acuerdos concretos con una duración específica.

Puede realizarse una lectura política del apoyo mutuo informal. Es una estrategia que se contrapone a la práctica tradicional en salud mental y a la lógica del individualismo. En muchas ocasiones, se tiene la sensación de que se trata de una política de cuidado radical: en el sentido de que es horizontal y colectiva. Más allá del bienestar que pueda producir, se lleva a cabo porque se considera justa. Una extensión de esta política del cuidado supondría un avance social. Romper la dependencia respecto a las instituciones en salud mental supone una mayor autonomía frente a las instancias de poder. La importancia de este cuidado radical se comprende mejor si se tienen en consideración fenómenos como la soledad, que está empezando a considerarse una epidemia en las sociedades occidentales. Una participante del colectivo No es lo mismo ser loca que loco reflexiona sobre esta cuestión:

El acompañamiento es una herramienta política. Es una forma de resistencia a los dispositivos de salud mental que yo creo que debe promoverse absolutamente. La atención es tan individualizante que hay toda una maquinaria que impide que nos reconozcamos, que nos unamos en

torno a nuestros malestares subjetivos. Más allá de la romantización, de lo positivo y lo lindo que es estar acompañada, esta [es] también una estrategia política frente a la psiquiatría, que es tan individualizante.

La otra vertiente del apoyo mutuo podemos encontrarla en los GAM.⁵ Estos han cobrado un gran protagonismo en el activismo en España al plantear una alternativa plausible. Para muchas personas, suponen una introducción a nuevas formas de entender la salud mental. En los grupos de apoyo mutuo se comparten experiencias difíciles, ideas, se hacen sugerencias y se da una escucha entre iguales. Cada cual establece sus propias normas, que normalmente suelen girar en torno a respetar a la persona que habla (no reírse, no juzgar...), no acaparar más tiempo del consensuado y no obligar a nadie a hacer nada. Un ejemplo de cómo funcionan lo encontramos en FLIPAS GAM, que hemos mencionado anteriormente:

Nos reunimos semanalmente. Al menos cuatro o cinco personas, si podemos más mejor. Nos ponemos al día de cosas del colectivo, de temas más de activismo. Luego ya quien quiera empieza y hablamos de cómo nos ha ido la semana, de las cosas que nos están preocupando en ese momento. Y, después, hay siempre un momento de cada una en el que habla de lo que está viviendo, en que las compañeras luego nos decimos cosas o aportamos si hay alguien con un problema muy grande con algo. Cuando hay una persona nueva, hablamos un poco de cuál es nuestra historia, qué nos ha llevado hasta ahí, qué expectativas tenemos del grupo... Damos un espacio, de vez en cuando, para poder explicitar si alguna compañera se siente regular, poder revisar el propio espacio, cómo estamos en relación con el grupo, si existe alguna incomodidad con el grupo, entre nosotras: «Pues yo

estoy sintiendo que soy más mayor que las demás y no encaja»...

Algunos de los problemas que hemos comentado respecto al apoyo mutuo informal pueden surgir también en un GAM. Un obstáculo habitual es que el grupo no esté cohesionado y la afinidad entre los miembros no se dé de forma natural. Una persona que participó en FLIPAS GAM señala:

Creo que teníamos una esperanza muy, muy, muy grande en los GAM, que los hemos sobrevalorado, que se han sobredimensionado. Ojo, no quiere decir esto que no valgan para nada, ni que sean un fracaso. Pero la afinidad es superimportante, y a veces, en un GAM, no se da. Estás con gente con la que compartes experiencias, que muy bien. Además, te juntas para eso y pueden salir cosas personales. Pero también creo que, si no hay afinidad entre las personas, no se puede forzar. Entonces, si hay tres chicos, cuatro chicas, dos universitarias, una señora mayor, otra mujer con un nivel cultural bajísimo, tres personas con conciencia política superalta, otras cuatro o cinco que están empezando a enterarse... Que está muy bien, porque se da una contaminación cuando surge una sinergia que mola, pero no suele durar mucho. Cuando no hay una afinidad real o espontánea: o trabajas conscientemente en ello o las dinámicas de apoyo mutuo no se dan espontáneamente.

En este sentido, hay grupos que prefieren hacer ruedas de participación en las que los integrantes pueden hablar de lo que necesiten. Otros GAM prefieren seguir una metodología más sistemática: con una figura de facilitador y otra de cofacilitador, estableciendo los temas que van a hablarse y designando a una o dos personas del grupo para que preparen las sesiones con antelación. En general, excepto grupos muy cohesionados y con mucha confianza, se considera que los cuidados no se regulan solos. En consecuencia, no suele ser adecuado dejar la dinámica de un GAM al libre albedrío. Esto es

5. Para más información, hay varias guías sobre cómo organizar un GAM. Una de las más leídas es la de ActivaMent: *Documento guía para la constitución y gestión de Grupos de Ayuda Mutua en salud mental*, disponible en: bit.ly/2WOo0H4.

especialmente importante cuando el GAM no solamente es un espacio de escucha, sino también un lugar en el que se toman medidas o se organiza algún tipo de acompañamiento. El apoyo que se da en un grupo llega hasta donde las personas quieren: los límites se explicitan y se establecen mecanismos para cumplirlos. Estas reglas nada tienen que ver con una imposición, ni con ejercer poder. De hecho, en general prevalece la percepción de que este tipo de reglas están precisamente para reducir las posibilidades de imponerse o ejercer poder. Por ejemplo, si un acuerdo consiste en que un miembro va a hacerle la comida a otro, luego no puede exigirle que se quede con él por la tarde. El acuerdo no era este. Participantes de un GAM señalan:

Establecimos que el GAM es una asamblea donde se toman acuerdos, y esos acuerdos son vinculantes. Son libres, pero son vinculantes. Entonces, trabajábamos la responsabilidad: «Si a ti te da un chungo, yo voy a sostenerte, voy a dar la cara con la familia, en el dispositivo, en el curro, te voy a pagar el alquiler... Pero tú vas a hacer esto, esto y esto. Que es lo que hemos acordado».

Cuando funcionan bien, los GAM generan un espacio de apertura a la hora de expresarse. Hay un respeto a los tiempos y surge la comodidad para hablar de ciertos temas tabú, teniendo la percepción de que no se juzgarán.

En el grupo, podías hablar de todo. Todo. Tú podías decir: «He forzado esta reunión, porque me quiero morir, y no sé qué hacer». «Venga, vamos a hablar, yo me he querido morir muchas veces.» «¿Y qué ha pasado y qué has hecho y qué no?» «¿Y qué hay detrás del quererse morir?»

En esta misma dirección, una activista en primera persona involucrada en Locomún señala:

Para mí fue brutal la charla de alternativas al suicidio en el congreso.⁶ Se hacen grupos específicos donde se acompaña a la gente que tiene ideas de suicidio y donde no se cuestiona si esa persona se va a matar o no. El grupo le acompaña, pero nadie le dice: «Tú lo que tienes que hacer es no morirte». Yo he estado rumiando ideaciones de muerte durante muchísimo tiempo. Y [quieres] poder verbalizarlo sin que nadie te ponga en cuestión y sin que nadie te diga qué es lo que tienes que hacer... Y si, al final, alguien lo hace [suicidarse], pues la vida es así. Aceptar cierto riesgo y, desde ahí, sí que puedes acompañar. Y ni siquiera yo sé si podría ser capaz de estar acompañando ahí.

En los grupos no puede haber temor a plantear temas tabú. Este es uno de los motivos por los cuales no pueden haber profesionales en los GAM. Un activista con amplia experiencia en este ámbito reflexiona al respecto:

En los grupos emerge lo no dicho, y emerge en un lenguaje propio. Y, para que pueda hablarse de lo no dicho, tiene que crearse el ambiente específico, por eso no pueden estar los profesionales. Igual que no pueden estar los hombres si vamos a hablar de una cosa específica de mujeres (violaciones, abusos...), porque no va a emerger. Porque no es un espacio seguro. La gente está montando grupos en los cuales la persona que lo facilita es la misma que puede provocarte un ingreso involuntario.

Hay cosas que los profesionales no pueden escuchar, que no pueden tolerar, por la formación que han tenido. Por las dinámicas con que se trabaja, hay determinadas cosas que yo escucho en grupos que un profesional creo que no podría escuchar, porque sería capaz de intervenir. Creo que sentiría que no puede escucharlo y [por su rol profesional, pensaría:] «Tengo que intervenir». Entonces,

6. Se refiere al Congreso Entrevoces del año 2015. El taller al que alude puede recuperarse en: bit.ly/2JpVeN9.

si esa persona no puede nombrar lo que realmente le está rondando y le preocupa, es complicado. Un profesional, por muy enrollado que sea, o se ha replanteado una serie de cosas o... Tú tienes que poder hablar de autolesión o de que quieres morirte. Entonces, o el profesional realmente se ha replanteado determinadas cosas o, si no, es muy difícil, porque hay cosas que van a ponerle en un brete, con esta cosa de que: «Hay que notificarlo».

Los testimonios de este apartado hacen ver que el apoyo mutuo en salud mental no es tan sencillo como ir sin más a visitar a la persona cuando está mal o montar un GAM sin unas bases claras. Hay muchos factores que tener en cuenta. Como se ha señalado, pueden generarse dependencias y altas expectativas sobre ciertas personas. También pueden presentarse exigencias en el cuidado que no siempre son fáciles de gestionar: hablar mucho más tiempo que los demás, enfadarse si alguien dice que no puede apoyarte en ese momento, exigir cosas (dinero, trabajo, atención, etc.) o competir en una escala de sufrimiento. En este sentido, un obstáculo que a menudo señalan las personas entrevistadas es que hay quienes, pese a reivindicar que se les trate como sujetos con poder de decisión propia, se escudan en la definición tradicional de «enfermo mental» cuando han cometido un fallo. También puede ocurrir algo similar con personas que argumentan que no pueden ponerse cortapisas a la locura, incluso cuando se está haciendo daño a gente cercana. En ambos casos, se pierde la responsabilidad a la que hemos aludido con anterioridad. Este tipo de situaciones han generado muchos conflictos en diversos grupos, como señala una activista del colectivo INSPIRADAS:

Incomoda, a veces, que desde el colectivo se reivindique el hecho de que estamos locos, pero sabemos lo que queremos, tenemos autonomía, somos responsables... y que, luego, cuando se intenta invitar a reflexionar sobre ciertas cosas, se escuden detrás de la imagen de enfermo mental, de alguien completamente incapaz de tomar responsabilidades

sobre sus actos. Se estaba acogiendo a ese discurso cuando venía bien, pero cuando quieres que te exculpen de estar rebasando una y otra vez los límites que yo he marcado, que son mis límites de autocuidado... No me llames a las tantas, que no voy a cogerte el teléfono.

En consecuencia, algunas personas que han estado en procesos de apoyo mutuo sienten una necesidad de replanteamiento, de medir sus posibilidades de forma realista y seguir mejorando sus prácticas concretas. En esta dirección, una activista de FLIPAS GAM señala:

Cuando empezamos, creo que estábamos con un subidón, pensábamos que ya estaba todo resuelto, que esto iba a ser una revolución de ya mismo, de apoyo mutuo... Y no, nos dimos cuenta, poco a poco, de que había mil conflictos, había mogollón de problemas, que el apoyo mutuo no es algo que sale como las setas, en realidad no estamos acostumbrados ni tenemos una cultura en la que haya referentes para aprender. Al partir desde cero, hay mogollón de desconfianza. Como en el resto de la sociedad, no somos distintos en eso. Somos distintos en muchas cosas, tenemos una capacidad para empatizar con el dolor, poner en valor la vulnerabilidad... Pero de ahí a crear redes de apoyo mutuo...

Pero no quiero acabar este apartado dando la sensación de que la perspectiva planteada por los GAM está obsoleta. Al contrario. Para todas las personas entrevistadas que habían formado parte de un GAM, este había marcado un antes y un después. Lo que sigue es uno de tantos ejemplos que he tenido la oportunidad de escuchar en las entrevistas:

A mí me ha servido mucho el romper con que, como yo estaba mal, no podía cuidar. «Si no cuidas de ti misma, cómo vas a cuidar de nadie.» Y eso se rompe desde el minuto uno del GAM. Incluso cuando estás muy mal. Se puede cuidar también incluso en el momento de abajo abajo.

Además, te sirve. A mí me saca un poco de mí, me ayuda pensar en otras personas, no te escuchas tanto a ti... A mí me había castrado mucho la frase de que no iba a poder cuidar, porque a mí se me dijo, desde el principio, que no iba a poder ser madre, porque no iba a poder cuidar, que no iba a tener parejas estables ni vínculos afectivos, porque el TLP no te deja tener vínculos estables. Si yo, a los dieciséis años, estoy suicida y me dices que no voy a poder tener vínculos estables, no sé si me ayuda mucho a reengancharme a la vida. Además, no ha sido verdad, yo con mi chico llevo doce años.

A lo mejor, a veces pensamos que nuestras propias experiencias son horribles, de pronto cobran sentido y le sirven muchísimo a otra persona.

Salud mental, género y feminismo

El auge del feminismo en los últimos años, sus discursos y sus prácticas están produciendo cambios sociales de calado. Concretamente en Chile, hubo recientemente una oleada de movilizaciones contra los abusos sexuales en el ámbito universitario, en las que miles de mujeres realizaron tomas feministas de universidades que desembocaron en grandes manifestaciones de protesta. El movimiento adquirió tanta fuerza que se implantaron medidas concretas en las universidades (como, por ejemplo, protocolos de actuación en caso de abuso o acoso sexual) y se propusieron cambios en la Constitución del país (como, por ejemplo, la reducción de la brecha salarial entre hombres y mujeres). En España, el caso de La Manada, en el que un grupo de hombres violaron a una mujer, y su sentencia por abuso sexual en lugar de por violación mostraron, entre otras cosas, la situación de desprotección de las mujeres frente a las agresiones y la respuesta del sistema judicial. La reacción no se hizo esperar y se convocaron multitudinarias manifestaciones en todo el país, obligando al Gobierno a plantearse llevar a cabo cambios en la

legislación. Por otra parte, ambas luchas han conseguido otro objetivo: plantear el debate sobre la violencia sexual de un modo nunca visto.

Hay que tener en cuenta que el feminismo tiene un trasfondo histórico tan amplio, y una cantidad de perspectivas tan plural, que resumirlo en este trabajo resulta imposible. Por tanto, vamos a centrarnos en lo que se está empezando a denominar «feminismo loco»⁷ (asumiendo, aun así, que dejaremos cuestiones importantes de lado). En el capítulo anterior, hemos mencionado el surgimiento de colectivos como No es lo mismo ser loca que loco, en Chile, e INSPIRADAS, en España. En este apartado, trataré de plasmar las reflexiones y testimonios que me han transmitido algunas de sus participantes.

En ambos colectivos, hay mujeres que ya eran feministas antes de interesarse por el activismo en salud mental, por lo que, desde el principio, conectaron ambas perspectivas. Otras han realizado el camino contrario, empezaron su reflexión y su activismo en el ámbito de la salud mental y acabaron por integrar el feminismo como parte de su actividad. En cualquier caso, es importante señalar que cuando una persona es mujer⁸ y loca, al entrar en el activismo en salud mental, empieza un proceso de revisión de la propia experiencia vital que lleva un tiempo. Una vez avanzada esta evolución es habitual que, al echar la vista atrás, empiece a contemplar hechos que anteriormente consideraba lógicos o naturales como discriminaciones. Esto es lo que le sucedió a la siguiente integrante del colectivo INSPIRADAS:

Ahora digo, ¿cómo no vi antes que eso era violencia? Yo no he sido mujer maltratada, víctima de violencia machista de mi pareja. Pero pienso que [en salud mental] a

7. Tatiana Castillo Parada: «De la locura feminista al “feminismo loco”. Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea», *Investigaciones Feministas*, 2018, pp. 399-416.

8. Me gustaría aclarar que, en este apartado, no hablo de personas transexuales ni transgénero, debido a que ninguna de las entrevistadas lo era.

lo mejor es un proceso similar. Piensas que te están cuidando, porque te quieren mucho o por lo que sea. A mí me han dicho cosas: [...] Que tenía que tener más relaciones sexuales con mi chico, aunque no me apeteciera... Y yo pensaba: «Fíjate cómo le importo a este psiquiatra que, como sabe que si mi chico me dejara lo pasaría yo muy mal, él me dice que tengo que follar aunque no me apetezca». Y ahora me digo: «¿Cómo permitiste esto?».

El trato a las personas con sufrimiento psíquico es diferente en función de su género. En este ejemplo, el psiquiatra asumía que el chico tenía mucho más deseo sexual que ella y que le era tan prioritario que podía romper la relación si no era satisfecho. Todo esto sin conocerle. Por otra parte, pensaba que podía decirle a una mujer cuánto sexo debía tener. Este es un ejemplo de cómo puede afectar el sesgo de género. Pero hay muchos otros ejemplos: cuando ciertos diagnósticos se establecen más a menudo en mujeres, mientras que otros son más recurrentes en los hombres pese a presentar las mismas problemáticas; cuando se recetan más psicofármacos a las mujeres que a los hombres; cuando los hombres tienen más probabilidades de ser atados a la cama en los ingresos o cuando a las mujeres se las tilda de «exageradas» al narrar un abuso.

Estas diferencias de trato debidas al género se dan en un contexto social más amplio en el que estas son constantes, tanto en el campo de la salud mental como fuera de él. Puede darse en la educación recibida, en el trabajo o en las relaciones afectivas. Y, si a la desigualdad de género habitual se le añaden los estereotipos que conlleva el sufrimiento psíquico, esta desigualdad se incrementa; por ejemplo, en el ámbito familiar, un escenario complejo, ya que puede ser un lugar de cuidados y cariño o donde los problemas aumentan. Tradicionalmente, se ha considerado la familia como el espacio de cuidado por excelencia.⁹ Sin embargo, la presencia de dinámicas familiares dañinas,

9. Este papel de cuidado es asignado, generalmente, a las mujeres de la familia. Este dato es relevante dada la temática de este apartado.

junto con la reproducción de los discursos de los profesionales, provocan que este cuidado no siempre sea el más adecuado. La idea no es rechazar por sí mismo el espacio familiar (hay familias que lo hacen bien y otras que hacen daño), sino señalar que este debería poder ser cuestionado. Uno de estos cuestionamientos tiene que ver con el sesgo de género del que venimos hablando. Una activista de FLIPAS GAM reflexiona al respecto:

Que no puedas tener dinero, no puedas tener tu casa y ser mujer... Es una putada vivir en casa de tus padres. Porque a un chico se le suele dejar como que es el «tontito», pero vive en casa y sale y entra. Que también se les putea mogo-llón... pero es verdad que si eres una chica te hacen sentir más culpable, recaen sobre ti los cuidados. A los chicos, al exigirles menos, les hacen más dependientes, son mucho más usuarios de los servicios de salud mental. A las mujeres se nos protege más y se nos controla más: «No vayas al centro de salud mental, pero quédate en casa y haz esto y haz lo otro, no hagas nosequé y no hagas nosecuantos».

Por otra parte, la loca forma parte del imaginario colectivo de un modo muy distinto al del loco. Gran parte del imaginario cultural occidental se construye hoy día a través del cine comercial y las series. Este suele atribuir al loco criminalidad, maquiavelismo y violencia. Por su parte, el imaginario cultural acerca de la loca está muy construido a través del deseo sexual masculino. Se le suelen atribuir características tales como la sumisión, el fácil enamoramiento, la falta de criterio propio y la belleza. De nuevo, una integrante de INSPIRADAS:

También está la romantización de la mujer loca. En inglés, es la Manic Pixie Dream Girl, que son estos personajes de películas como Amélie. Se romantiza mucho la figura de las mujeres poco normativas, pero siempre dentro de unos parámetros que son como medio inocentes, juguetones y sexuales. Es batallar entre los dos [significados de la palabra «loca»]: por un lado para mal (la loca

hipersensible, histérica y a la que cualquier cosa le molesta) [y, por otro lado], ser como la rara, la seductora. En cada mito de mujer, hay algo de locura muy patriarcal.

Por otra parte, una cuestión que ha sido muy olvidada en el campo de la salud mental es la de los abusos sexuales. Tanto si se dan en la infancia como en la adolescencia o en la edad adulta, afectan de un modo determinante a la salud mental. Esto es especialmente importante en las mujeres, puesto que sufren muchos más abusos sexuales que los hombres. Las experiencias traumáticas, especialmente en la infancia, se han visto relacionadas con una mayor probabilidad de recibir diagnóstico. Pero, pese a lo extendido de estos abusos, los profesionales raramente preguntan por ellos. Suelen obviarse, de manera similar a como se obvian otro tipo de traumas. Como comenta una participante de un GAM, en los grupos de mujeres se les da la importancia que merecen:

Para la mayor parte de las chicas que estamos en el GAM, [hay] cuestiones biográficas que de alguna manera nos han llevado a tener este sufrimiento, relacionadas con el patriarcado. A lo mejor, no todas como algo decisivo, pero sí como algo que ha estado ahí, que ha tenido un impacto de alguna manera y que ha dificultado más la existencia. Mi vida está completamente atravesada por violencia de género y violencia sexual.

Estos abusos también pueden estar facilitando una mayor vulnerabilidad frente a la manipulación y el abuso posteriores.

El tema de los hombres y los abusos sexuales fue una especie de catalizador [de] mi sufrimiento y mi vulnerabilidad, cómo se aprovechan de las situaciones de vulnerabilidad. Yo creo que todas las locas tenemos una historia de abusos que contar. Cuando empezamos a contar las movidas que nos han pasado, si ya de por sí a una mujer le pasan cosas jodidísimas en este terreno, porque el patriarcado es

como es y los hombres tienen ese privilegio y esa idea de que pueden decidir por ti, que te pueden dominar, de que son tus jefes o algo así... si encima eres loca, ya es que te pasan unas movidas que dices: «¿Cómo se puede ser tan malo?». Con mi pareja, él me reconocía que me había llegado a tensar para que brotara.¹⁰ Y, como estás acostumbrada a que te traten mal, es como: «Me trata mal, pero me quiere». Hay que darle una vuelta a esto también. Cuando lo has pasado mal, tienes una necesidad de cariño imperiosa, y desde el rol de mujer esa necesidad de cariño se traduce en aguantar cosas y en valorarte superpoco.

También es importante visibilizar una realidad completamente oculta y silenciada: los abusos sexuales que suceden en el propio sistema de salud mental, bien por parte de profesionales, bien por parte de otros usuarios. Un caso que tuvo una cierta resonancia en España fue el del psiquiatra Javier Criado, al que casi una treintena de mujeres acusaron de abusos sexuales en su consulta. Para ello, las sobremedicaba. En Chile, también se han dado casos similares. En este testimonio, una activista en primera persona de este país relata cómo recibía abusos sexuales en casa por parte de su marido y, en el hospital psiquiátrico, por parte del personal y de otros internos:

Entre el cuarto y quinto mes de haber tenido a mi hijo, me internaron. Estuve seis meses dentro. Era paradójico que todo el mundo quería arrancarse del psiquiátrico y yo lo único que quería era quedarme ahí dentro. Porque yo sabía que ahí dentro me cuidaban, o eso era lo que yo creía, y aquí fuera estaba el peligro. Y las veces que me dieron salidas, mi esposo me volvía a golpear o me volvía a violar. Tres veces de esas salidas, yo me devolvía, sin zapatos, una vez salí corriendo sin zapatos, sin dinero, sin documentos. Y era muy cómico, porque yo llegaba golpeando a salud

10. Utiliza «brotar» como sinónimo de «tener una crisis».

mental (un portón gigante, porque era un hospital antiguo, supertétrico). Entonces corrían y me veían a mí ahí, que tendría que haber vuelto el domingo por la tarde, a las dos de la mañana del día sábado, golpeando para que me dejaran entrar. [...] Salud mental no era lo óptimo, pero para mí era mi última salvación. [...] Me quedé en salud mental har-to tiempo. Un interno intentó abusar de mí sexualmente, después de la última empastillada de las ocho de la noche. Ya antes, un auxiliar me tocaba la vagina, una se baña sin cortina, sin puertas. Cualquiera puede ir y estarnos mirando. Ahí se paraban a mirarnos los auxiliares de salud men-tal. Y una está tan indefensa que siente que esa persona podría llegar a cuidarte si algo malo ocurre.

Otra práctica que afecta mucho más a mujeres que a hom-bres es la de las esterilizaciones forzosas, las cuales se practican en ambos países. Para ello, la persona ha de ser incapacitada legalmente y, después, la familia solicita la esterilización. El apelativo «forzosa» subraya el hecho de que no se tiene por qué respetar lo que la persona quiera. La misma mujer del testimo-nio anterior señala que la esterilizaron sin su consentimiento tras una de las violaciones:

Me medicaron antes del embarazo, porque no aceptaba a ese ser que venía producto de algo tan violento. No quería tenerlo. No tenía instrumentos para abortar, si hubiera po-dido lo hubiera hecho. Pero no los tenía. Formaba parte de una religión que no iba a permitirlo¹¹ y en este país era ilegal. Tuve a mi hijo y me esterilizaron. El doctor me dijo que mejor me esterilizaba, porque tenía tres hijos muy se-guidos y estaba mal. Era el psiquiatra el que me lo dijo, no fue el ginecólogo. Yo, en ese momento, no dije nada, en mi cabeza no cabía la posibilidad de tener otro. Así que él ha-bló con la junta médica de alto riesgo obstétrico para que

me esterilizaran. [...] Explicó que no podía tener más hijos, porque ya tenía dos de violación. Mi exesposo nunca negó que me violara. Cuando lo encaró el médico, cuando poste-riormente lo encararon miembros de la religión, él nunca lo negó. En otras palabras: debería estar preso por la canti-dad de testigos que sabían. Pero prefirieron adueñarse de mi útero. Entonces me esterilizaron. [...] Después del parto, me dormí y ya no supe nada hasta que me di cuenta de que estaba en un pabellón largo, que había camillas desocupa-das, que no era una sala de [parto]. No tenía a nadie al lado conmigo, estaba sola. Todos estaban preocupados por el bebé, y eso también era violento, porque se sabía que yo estaba mal mentalmente.

En ocasiones, la esterilización ha servido para encubrir abusos sexuales, porque como la mujer no se queda embara-zada sigue sufriendolos, y ha jugado un papel complementario a otras estrategias de invisibilización de la violencia sexual ha-cia las mujeres psiquiatrizadas. Estas son habituales para la mayor parte de mujeres que sufren estos abusos, pero en las mujeres locas se imponen con mayor fuerza. Una participante del colectivo INSPIRADAS nos pone algunos ejemplos:

Hay un control sobre reproducción y sexualidad, sí. Desde comentarios como: «No puedes ser madre», hasta controlarnos la sexualidad por ser promiscuas, hasta la es-terilización forzosa. Esterilización forzosa es cuando un juez te incapacita para esterilizarte. Y, luego, habría que ver las que no son forzosas bajo qué condiciones se dan. [...] Son coacciones. Si la familia y el psiquiatra te han comido la cabeza y tú dices: «Bueno, vale»... Eso es una esteriliza-ción forzosa en realidad. [También hay] casos judiciales de incapacitación para esterilizar y, a lo mejor, luego volve-mos a capacitarla.

Estás encubriendo un montón de violaciones. Como no te quedas embarazada, no se enteran. Y, además, si lo cuentas no te van a creer. Lo que decíamos de la doble

11. De los testigos de Jehová.

opresión, que a las mujeres no se las cree en la mayoría de las agresiones sexuales, son puestas en duda... como seas mujer y loca y denuncies abusos sexuales, no te cree ni el tato. Además, se encubren cosas que todo el mundo sabe que están pasando, y que cuando las han pillado lo que hacen es darle una baja al profesional y jubilarle. No, perdona, esa persona está violando. Vale que deje de trabajar, pero ha hecho un delito unas cuantas veces, ¿qué es esto de que deje de trabajar y ya?

Por todo esto, y otros motivos, no es de extrañar que haya habido un acercamiento al feminismo en este ámbito en ambos países. Gracias a este movimiento, sus integrantes han llegado a la conclusión de que el patriarcado es uno de los motivos principales de su sufrimiento psíquico. El feminismo ha proporcionado herramientas de análisis, facilitando que pudieran analizarse los sesgos de género que hemos comentado. Además, algunas iniciativas se han inspirado en prácticas de este movimiento. Un ejemplo son los GAM no mixtos,¹² solamente de mujeres. Una integrante de uno de estos grupos hace la siguiente reflexión:

Para mí es importante que el colectivo sea feminista. Sí que hay un sesgo de género en el trato que recibimos, cuando se ata a los hombres o se ata a las chicas, se medica más a las mujeres... El estigma es doble. Dentro de procesos de maltrato, la palabra «loca» se usa mucho. Hacernos

12. En España, se utiliza el término «no mixto», mientras que en Chile se utiliza el término «separatista». Pese a que los espacios no mixtos tienen una larga trayectoria dentro del feminismo, nunca han dejado de ser controvertidos. Una de las críticas más habituales que reciben es que, al crear estos grupos, las mujeres están pasando de oprimidas a opresoras, puesto que excluyen a los hombres. También suele señalarse que hay que actuar de forma conjunta y no dividir las fuerzas. No obstante, con su implementación no se están creando espacios de exclusión, sino espacios de seguridad en los que poder hablar de ciertos temas sin miedos y con la tranquilidad necesaria. Excluir no tiene por qué ser negativo. Muchas veces es necesario y coherente. Además, los espacios no mixtos se dan en un contexto más amplio en el que existen todo tipo de espacios. No restan fuerza en ningún momento.

pensar que estamos locas o más locas de lo que estamos... es una parte muy implícita a la experiencia de ser mujer en general. A casi todas nos han dicho: «Eres una histérica» o «Eres una loca» alguna vez, seguro.

Una necesidad es que los hombres empiecen a interesarse por estas cuestiones y acepten que tienen una serie de privilegios por el hecho de ser hombres; no con la idea de esperar que se les vaya diciendo lo que deben hacer, sino de que exploren activamente su posición social. Habitualmente, estas propuestas son rechazadas. De hecho, a menudo la creación de estos grupos no mixtos va precedida de frustrados intentos de las mujeres de incorporar cuestiones feministas y de género en los colectivos, que acaban siendo rechazadas por los hombres. Al constatarse la necesidad de plantear estas cuestiones, se sacan adelante colectivos y grupos no mixtos. Este es el caso de INSPIRADAS y No es lo mismo ser loca que loco:

Por esas resistencias que se encontraron en el colectivo, las tensiones que empezaron a generarse, lo que se empezó a visibilizar tan claramente (ya no solo teóricamente, sino en las mismas reuniones): quiénes tenían la voz, a quiénes se escuchaba... se decide hacer este espacio separatista. No fue algo tan inmediato, se intentó hacer de otra forma en un comienzo y ahí surgieron dificultades. Entonces, se llega a la conclusión de que, al menos en este momento, el espacio debe ser separatista. Y poder entender que el género que nos han asignado, el género mujer, ha tenido consecuencias en nosotras. Esto ha costado que otros lo entiendan y transmitirlo... Pero, en este momento, no nos interesa tanto eso, sino más bien nosotras darnos cuenta del efecto que tiene ser mujer en nuestras vidas, en nuestros malestares, en nuestros dolores. Esa dificultad de entendernos también nosotras.

Estos espacios pueden surgir asimismo por la necesidad de tratar circunstancias que los hombres no han vivido y en cuyo

debate estaría interfiriendo su género. Por ejemplo, una mujer que ha sido abusada sexualmente y a la que estar con hombres le provoca incomodidad difícilmente va a poder contar lo que le sucedió en un lugar en el que estos estén presentes.

Hay temas que prefiero hablar sin hombres, por la biografía. Es más fácil en un espacio donde sabes que va a haber mucho más entendimiento, no ir con el miedo a qué pensarán.

Por su parte, el feminismo también se ha visto reforzado por las reflexiones de mujeres psiquiatrizadas y ambas perspectivas están encajando. Respecto a esto, dos mujeres del colectivo INSPIRADAS señalan lo siguiente:

[Desde el feminismo] creo que hay bastante acogida. Chicas que nunca han sido diagnosticadas o psiquiatrizadas comparten mucho. Creo que, desde el feminismo, el tema de los cuidados se entiende bastante bien. Es bastante cultural el reunirse y contar tus problemas, estamos mucho más acostumbradas a hablar de lo que nos pasa y a tener más espacios en los que poder mostrar nuestras vulnerabilidades. Aunque no todas. O sea, yo tengo mucha dificultad, pero creo que hay mucha más facilidad. Y es mi sensación cuando hemos ido a charlas o cuando nos han invitado a eventos o a jornadas, la acogida ha sido muy fuerte. A las mujeres se las medica mucho más que a los hombres, entonces es difícil no conocer a alguna que tome ansiolíticos: que si la tía, que si la madre, que si la hermana... Se medica a las mujeres para mantenerlas en su rol. Entonces, creo que es una experiencia que es bastante cercana y eso hace que haya más empatía y más entendimiento.

El debate se está abriendo y permite que haya más discusión o más diálogo sobre estas cosas. Cuando hay un asesinato machista y se empieza a hablar de que era un loco, un enfermo mental... creo que en eso sí que he visto un cambio. Creo que ya se va diciendo: «No la ha matado por

estar enfermo, la ha matado porque podía matarla; [se trata de] hijos sanos del patriarcado».

Una parte de la crítica está dirigida a las profesionales de salud mental que son feministas, pero que no se han planteado su propio rol como profesionales.

He escuchado a profesionales feministas que te dan una charla sobre feminismo y salud mental, y a mí me sorprende mucho cómo tienen ese discurso de: «Hay que romper la jerarquía de género», «La horizontalidad», bla, bla, bla. Y, luego, en el mismo congreso, por la tarde, que hable alguien en primera persona, loca, y que le diga: «Es que tú aquí no puedes decir...».

Destruyamos la jerarquía en la que tú estás abajo, pero esa es la que tú estás arriba dejémosla bien donde está. Luego, a veces, escuchar a algunas psiquiatras feministas unos discursazos de feminismo que dices: «Ah, muy chulo», y después te dice una compañera sentada a tu lado: «Pues a mí me llevó, estuve con ella, y a la tercera consulta, me dijo: «¿Dónde voy con esta mujer? Es imposible dialogar?».

Para finalizar este apartado, me gustaría recoger una reflexión de una integrante de No es lo mismo ser loca que loco, que me parece sumamente importante:

Además de la identidad de loca, politizar el dolor ha sido superimportante para comprender los trasfondos que hay detrás de cada vivencia personal. Si bien es cierto que el malestar subjetivo se expresa individualmente, definitivamente hay trasfondos que son sumamente sociales, que pueden repercutir en todas. Por ejemplo, la violencia de género se puede expresar en nuestra psique de diferentes maneras. Yo tengo miedo a ciertas cosas que otra compañera no. Pero la violencia tiene repercusión en nuestra psique, y este trabajo ha sido superenriquecedor. Reconocer que nuestra disidencia, nuestra

diferencia psíquica, neurodivergente, como quieran llamarla, sí tiene que ver con un trasfondo social y, de ahí, politizar el dolor. Habitar el lugar de loca es un espacio político.

Problematizar el psicofármaco

Respecto a los psicofármacos, las opiniones abarcan un amplio rango de posturas. Hay quien defiende que cuando se presenta un problema de salud mental es imprescindible tomar psicofármacos, y que sin estos no hay nada que hacer. El discurso opuesto está completamente en contra de su existencia y no cree adecuado que se tomen. Sin embargo, la postura intermedia es la que más predomina dentro del activismo en salud mental: los psicofármacos pueden ayudar a superar ciertas experiencias y hay que aprender a utilizarlos. No son la panacea ni una cura, son una herramienta. Por tanto, el problema principal no son los psicofármacos en sí, sino la forma de prescribirlos. Se recetan como si, en lugar de ser una ayuda, fuesen una cura; los toma más gente de la que los necesita y en mayores cantidades. En muchas ocasiones, estos pasan de formar parte de la solución a formar parte del problema.

La mayor parte de sectores profesionales son reticentes a reconocer sus efectos secundarios o sus efectos negativos sobre la salud a largo plazo (como los problemas en el hígado, cognitivos o de sobrepeso). Y cuando se reconocen es en voz baja y sin actuar en consecuencia. La justificación es que existe una evidencia científica que avala su uso. La praxis con que se aplican los psicofármacos no es cuestionable para aquellos que consideran que la atención solo debe basarse en lo científico. Sin embargo, hay varias razones para dudar de que se trate de un asunto tan simple. En primer lugar, también existe una evidencia científica que indica que es mejor reducir las dosis.¹³ A

13. Lex Wunderink, Roeline M. Nieboer, Durk Wiersma, Sjoerd Sytema, Fokko J. Nienhuis: «Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up

esto podemos añadir que está comprobado que disminuyen el volumen del cerebro a largo plazo,¹⁴ así como otras complicaciones. Además, creo que hay que tener en cuenta la experiencia personal de las personas que toman psicofármacos. Cuando quienes los han tomado narran su experiencia, esta es sumamente variada. Hay a quien no le han supuesto ningún problema, mientras que para otros han implicado perder mucha calidad de vida. Esto también es una evidencia y no se tiene en cuenta. Por último, está la influencia y la manipulación de la industria farmacéutica, un tema en el que no vamos a entrar, pero que es tremendamente importante. En el propio colectivo profesional también hay voces críticas con la psicofarmacología. Una enfermera que forma parte de Locomún describe así sus primeras reflexiones:

Vela a X,¹⁵ que fue diagnosticada de esquizofrenia, que estaba sin medicación, que llevaba una vida bastante satisfactoria para ella, que escribía un blog, que trabajaba por épocas, que tenía una pareja... Y eso contrastaba con las personas que yo atendía en el centro que estaban muy medicadas, que prácticamente no podían levantarse, que habían engordado muchísimo... Y la historia de Y... Dice que le quitaron quince años de su vida, porque no los recuerda, fue un momento en que no hubo un crecimiento personal, simplemente estuvo medicado y ya está, no se trabajaron otras cosas. Dejaron la medicación y fue ahí cuando empezaron a tener una vida, a lo mejor con sus crisis y sus momentos más chungos, pero nadie les garantiza que con la medicación no los fueran a tener. Para mí,

of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy. Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial», *JAMA Psychiatry*, 2013, pp. 913-920.

14. Beng-Choon Ho, Nancy C. Andreasen, Steven Ziebell, Ronald Pierson y Vincent Magnotta: «Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. A longitudinal study of first-episode schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 2011, pp. 128-137.

15. «X» e «Y» son personas a las que no nombro por cuestiones de privacidad.

esto iba contra el discurso de que la medicación es para siempre, de [que] las recaídas son cada vez peores, del deterioro cognitivo...

Esto provoca que haya cambios en las prácticas de algunos profesionales y que, al descubrir otras formas de hacer las cosas, la importancia de los psicofármacos se relativice. Continúa la misma profesional:

En mi trabajo siento que muchas veces hago cosas que no me gustan. Ahora ya no me asusto cuando una persona me dice que no quiere tomar la medicación. No estoy insistiendo en que, si no se la toma, va a recaer. Ya no hago esas cosas, no miento a las personas. Cuando una persona me dice que quiere dejar la medicación, le digo que tenga cuidado, que hay que hacerlo muy poco a poco, que lo piense bien antes, que no es una cosa rápida... Sé que se puede vivir sin medicación y creo que estas cosas las transmito a la gente con la que trabajo. También les digo: «Hay gente que piensa como tu psiquiatra y gente que piensa de otra manera».

No obstante, la mayor parte de profesionales son reticentes a que se reduzcan las dosis o se retire la medicación.¹⁶ Los psicofármacos generan cierta tranquilidad en los propios psiquiatras, puesto que suelen considerar que la reducción de síntomas compensa respecto a los efectos negativos. Sin medicación, pueden darse situaciones complicadas que el profesional siente que debe gestionar y muchas veces no cuenta con las herramientas adecuadas para hacerlo. Con medicación, estas situaciones se reducen de manera considerable, proporcionando seguridad.¹⁷ Esta sensación de seguridad se transmite a

16. Dejar los psicofármacos puede denominarse «desmedicalización» o «discontinuidad». Hablaremos de «reducción» cuando no se abandonan del todo, pero sí se disminuye su dosis.

17. El origen de la sobremedicación es, en muchas ocasiones, esa necesidad de

las personas psiquiatrizadas, algunas de las cuales integran como propio el discurso de que los psicofármacos no deben cuestionarse y que siempre es mejor usarlos, «por si acaso», que no usarlos. Este discurso suele mantenerse en muchas ocasiones, pese a que puede entrar en contradicción con su propia experiencia personal. Un factor que favorece esa contradicción es que muchas de estas personas no están en contacto entre sí, y es cuando empiezan a hablar sin profesionales de por medio cuando se dan cuenta de que los efectos negativos que están experimentando también los están sufriendo otros, que se deben a la medicación y que nadie les había hablado seriamente al respecto.

Sin embargo, este proceso no es sencillo. Un activista de Autogestión Libre-Mente reflexiona sobre la inexistencia de un desarrollo lineal:

A mí también me pasó. Los primeros contactos que tuve con personas que cuestionaban la medicación psiquiátrica para mí eran algo peligroso. Era algo irresponsable por parte de esas personas cuestionar el tratamiento médico. Porque yo tenía instalado un miedo, una dependencia psicológica de que yo tenía que tomarme determinados fármacos para estar bien. [...] Yo entiendo que el discurso que la persona pueda tener se base en su experiencia y en la información que tiene. Entonces, yo tengo que decirle que tengo otra información y otra experiencia, y mi posición es otra.

Pese a todo, muchas personas continúan adelante y se desmedicalizan o reducen las dosis de lo que están tomando. En ocasiones, dada la habitual negativa del psiquiatra a ayudar en ese proceso, se ven obligados a mentirle. Una activista chilena en primera persona describe así su experiencia:

seguridad por parte del profesional. Este prefiere no arriesgar y no preguntar a la persona si quiere arriesgarse, ni proporcionar otros modos de manejar el sufrimiento psíquico.

Voy al psiquiatra, a por mi receta. Me costó mucho aprender a mentirle. [...] A veces, he tenido que preparar mi discurso para el psiquiatra, para que no me meta más mierda. Y él se impresiona, no sé si será real, porque en realidad no sé cuándo está diciendo lo que realmente siente o no. Como: «Es extraño que venga alguien a pedir que le bajemos la dosis; al contrario, vienen a pedirnos que la subamos. Eres extraña, eres un paciente extraño».

No obstante, a menudo reducir dosis sin el consejo de un psiquiatra produce sensación de desprotección. Más aún si no se cuenta con otras personas que lo hayan hecho o con un acompañamiento adecuado. Generalmente, la persona empieza la reducción por sí misma, con niveles variables de apoyo del psiquiatra. En el siguiente testimonio, una mujer nos cuenta que su psiquiatra no le guió en el proceso y, aunque no se opuso frontalmente, presentó una leve resistencia:

Decidí desintoxicarme sola. Un día dije: «Voy a dejar de tomar pastillas». Y empecé a sacar, yo sola. [...] Mi anterior psiquiatra se fue al privado, y me pusieron a otro psiquiatra joven. Era médico, ni siquiera era psiquiatra, pero estaba especializándose en psiquiatría. Como era joven, yo le empecé a decir que quería dejar la medicación. Él me dijo que no, que era peligroso y que, si el tratamiento me tenía estabilizada, ese correspondía. Pero muy suave me lo dijo.

Un día yo le dije:

—Me bajé la medicación.

—¿Y qué bajaste?

—Bajé la clozapina.

—¿Cuánto?

La había bajado como a la mitad, muy poco a poco.

—Y ¿cómo te sientes? —me preguntó.

—Bien, bien, de hecho boto menos saliva en la noche...

—Bueno, voy a poner aquí que yo di la orden de bajártela, no que tú ya la bajaste.

—Ya, sí, tranquilo. Y, si yo me encuentro mal, yo te voy a avisar.

—Por favor, si te sientes mal, tú te vienes para acá, pero de inmediato.

¿Qué te voy a decir? Llegué feliz, podía seguir controlándolo yo. Necesitaba estar en contacto con las cosas que me gustaban, tenía tiempo libre. Eso llenó lo que las pastillas antes llenaban, los vacíos. [...] Llegaba la hora de las pastillas y yo decía: «No... no me las voy a tomar todavía. Todavía tengo cosas que hacer importantes, interesantes y que me gustan». [...] Entonces, yo me bajaba la dosis, cada quince días me bajaba algo. [...] Cada tres meses, tenía control con el médico y me preguntaba:

—¿Qué te has bajado ahora?

—Me he bajado esto, esto y esto.

Hasta que un día le dije:

—Ya no estoy tomando más.

Él no sabía qué hacer.

Por una parte, la reticencia a apoyar en los procesos de desmedicalización viene de la adhesión incondicional al modelo biomédico, pero también se debe al desconocimiento de otros modos de proceder. Existen toneladas de artículos de investigación acerca de los psicofármacos. Pero solo un reducido porcentaje se ha interesado por indagar en las posibilidades de reducir las dosis o dejar de tomarlos: cuándo es conveniente, cuándo no es conveniente, cuál es la mejor manera de hacerlo, qué pautas son las más indicadas, etc. Debido a esta falta de información, muchas personas acaban por quitarse toda la medicación de golpe o reducen a una cantidad de dosis aleatoria. Hemos visto un testimonio en el que todo llegó a buen puerto. Pero también puede generar una gran cantidad de problemas, principalmente relacionados con un retorno de las experiencias que le llevaron a tomar fármacos. En general, quienes han entrado en este proceso señalan que, una vez pasado el tiempo desde que han dejado o reducido la medicación, estas experiencias vuelven a desaparecer o a disminuir en

intensidad. Este conocimiento lo han adquirido por propia experiencia, desafiando la centralidad del profesional como único experto.

A este desconocimiento se suma el hecho de que los especialistas que sí ayudan en procesos de reducción o desmedicalización reciben presiones por parte de otros profesionales. Una de las formas de presión más habituales es que los acusen de negligencia, de estar haciendo mal su trabajo. Desde España, una psiquiatra con un enfoque crítico comparte estas reflexiones:

Cada uno consigo mismo ¿no tiene dudas? ¿No está pensando en el posible daño a largo plazo [producido por los psicofármacos]? Desde lo más puramente médico, ¿qué piensas de esto? Yo sí estoy muy preocupada con lo que prescribo, estoy preocupadísima, joder. Pero tú no. No puedo entenderlo, ¿cómo no estás preocupado? Sale un estudio que dice que reducen el volumen cerebral y tú estás en tu casa leyéndolo y ¿qué piensas? Todo el mundo se pone muy nervioso con esto y están asustándonos, pronunciando palabras duras como «negligencia», «responsabilidad»... Utilizando comparaciones ridículas, como con el taichí o las flores de Bach. Y, a veces, también la paranoia se te mete. ¿Estaré haciendo algo negligente? Que, luego, cuando estoy tranquila lo pienso, ¿qué hay de malo en contarle a las personas todo lo que has podido recopilar para que tomen una decisión y respetarlas? Me parece que eso no es negligente.

El papel de los profesionales

Acabamos de ver que existen profesionales que no están de acuerdo con el modelo del psicofármaco. Muchos de ellos añaden otras cuestiones con las que están en desacuerdo: contenciones mecánicas, no tener en cuenta la opinión de la persona, paternalismo, infantilización, etc. Algunos de ellos están

involucrados en el movimiento activista en salud mental. En ocasiones para proporcionar información, otras acompañando en procesos de desmedicalización o de reducción de dosis de psicofármacos y otras, intentando cambiar la realidad de la atención en salud mental (desde dentro o desde fuera). Muchos han formado parte de movimientos sociales, lo que les llevó a replantearse cuestiones como la vinculación entre los problemas sociales y la salud mental, lo colectivo o el desarrollo de relaciones horizontales. En otras ocasiones, han estado realizando su trabajo sin cuestionárselo hasta que han percibido que algo no se estaba haciendo correctamente. Una profesional que forma parte de Locomún narra su proceso de este modo:

En el fondo, tenía cierta sensación de incomodidad con lo que estaba haciendo. Llevaba un par de años trabajando en un centro de salud mental. Había estado en la unidad de hospitalización breve y me había formado allí. Aunque aparentemente era algo distinta del resto de unidades, en la práctica, por lo menos en enfermería, era rollo biologicista: trabajar la conciencia de enfermedad en el tratamiento, lo más importante era el tratamiento farmacológico, si hablabas con los pacientes de algo importante para ellos parecía que ibas a provocar una catástrofe... Y supongo que había algo de esto que me chirriaba. Cuando llevaba un par de años trabajando, ya me había dado cuenta de que no era suficiente. Recuerdo la sensación al leer sobre el movimiento de escuchadores de voces.¹⁸ Había mucha gente que escuchaba voces y que estaba con medicación, y eso no significaba que la sintomatología desapareciese.

El discurso que me habían contado no me encajaba. Las cosas que leía tenían mucho más sentido: cómo las voces están relacionadas con la biografía de uno, cómo las voces y delirios pueden relacionarse con el contexto...

18. Se refiere al movimiento Hearing Voices, del que hemos hablado en otro capítulo.

Para mí, leer eso fue decir: «Pues, claro, yo ya lo sabía. Esto es lo que tiene sentido, no lo que me habían contado».

Para algunos y algunas profesionales, esta toma de conciencia es difícil de digerir. Es posible que surja una primera emoción de culpa. Esta puede suponer un punto de partida para tratar de transformar las cosas o una sensación desagradable de la que escapar, autoconvenciéndose de que todo está bien. Una psiquiatra de España comparte la siguiente reflexión:

Cuando te enganchas a la culpa de lo hecho (y hemos hecho muchas cosas de mierda), si no encuentras una manera distinta de hacer, una salida, una brecha... creo que es más fácil que te quedes fijado en negar que lo que estás haciendo es doloroso para otros. Una posibilidad de reparar, de dar el salto, de poder aprender de otra experiencia y hacer otra cosa. A lo mejor, hay algo de contactar con la violencia ejercida que se te hace tan insoportable que te quedas atascado en la parálisis. Yo creo que es un momento para contar como un sí... no un «sí» de certeza, ni de que esté la solución hecha. Pero sí caminos, caminos y cagadas, intentos, torpezas.

En este sentido, hay factores que facilitan el intentar transformar las cosas y otros que lo dificultan. Entre estos últimos, se encuentran la jerarquía entre profesionales y la rigidez en las actuaciones.

Pero, claro, cuanto más verticales [son] las estructuras, más difícil es que surjan. Estuve un año y medio en una unidad de media estancia en Toledo. Es la experiencia más jodida que he pasado, con más dolor. Al principio, lo que hacía era preguntarles por qué hacían eso todo el rato (aparte de utilizar, a veces, otras estrategias como la paranoia, diciéndoles que eso no se podía hacer, que iba a ir al juez... o sea, probé muchas cosas en la desesperación). Sentía que tenía que parar tantas violencias, que era muy

difícil hacer otra cosa que no fuera ponerme en el medio y pararlo, porque era brutal. Entonces, recuerdo a auxiliares, enfermeros... en muchos momentos, con mucha desesperación, diciendo: «Ya, pero, entonces, ¿qué?». Recuerdo escenas así. Y yo me di cuenta de que era muy difícil responder a esa pregunta, porque yo no sé. Pero, como la estructura era tan bestialmente jerárquica, a lo que podían llegar era a decir: «Entonces, ¿qué coño hago?». Y yo no tenía una respuesta. Bueno, sí, tenía una respuesta que es: «Lo tendremos que pensar». Pero, claro, les parecía que me estaba escaqueando. Pero no. Era muy honesto. Es verdad que no lo sabía. Lo de «Lo tenemos que pensar» descolocaba mucho.

En ocasiones, el sector profesional no se resiste tanto a cambiar como a pensar en colectivo. Muchos modificarían sus acciones si se les pidiese directamente desde las instituciones y fuese una transformación «oficial», por así decirlo. El rechazo, por tanto, es a responsabilizarse de su práctica para involucrarse en la construcción de otra distinta, con todos los riesgos que esto conlleva. A veces, esta reticencia ha sido abierta y hay profesionales que han recibido presiones por intentar hacer las cosas de otro modo. A continuación, un ejemplo:

He tenido bronca sobre todo con dos psiquiatras. Quizá no tanto por la práctica, sino por algunas cosas que yo he dicho en reuniones, o cuando hay residentes delante.¹⁹ «Delante de los residentes no se puede decir esto.» Pero ¿qué me estás contando?

En el centro hacemos sesiones clínicas.²⁰ Yo he hecho dos más controvertidas, que fueron: una sobre los grupos

19. Los residentes son médicos que están en período de formación en dispositivos de salud, incluyendo los de salud mental.

20. Las sesiones clínicas son reuniones en las que los profesionales exponen sobre un determinado tema o describen el tratamiento que están implementando en los pacientes. A estos encuentros también acuden los residentes.

de escuchadores de voces (cuando empecé a hacer uno de estos grupos en el centro) y otra sobre el movimiento activista en primera persona. Les puse vídeos de gente hablando, para ellos fue muy cañero y hubo reacciones muy viscerales. Sobre todo un psiquiatra, que yo creo que está fatal, y que cada vez que oye algo de esto se pone como: «Si tu paciente se suicida, es tu responsabilidad, va a matar a alguien». Es un tipo muy violento, muy jerárquico con los residentes, con las mujeres, un tipo muy desagradable.

Estas acusaciones de negligencia instalan una duda y una culpa. Así, reproducir lo que ya se viene haciendo conlleva un respaldo que proporciona seguridad, incluso cuando lo que se hace tiene consecuencias negativas. Por contra, actuar de forma distinta rompe las reglas de este respaldo incondicional, generando inseguridades y miedos. Si sigue la inercia, el profesional tiene un sistema al que culpar cuando las cosas no salen bien. Si se rompe con este sistema, se asume una responsabilidad y un compromiso.

Yo creo que es importante tener claro que si se apuesta por trabajar de manera diferente van a pasar cosas. Pienso en trabajar sin contenciones... Una compañera te dice que en no sé qué hospital una persona se ha suicidado porque no le han contenido. Y tú no sabes si ha sido por eso, o si la hubieses atado, habría muerto de un tromboembolismo (que esas son las muertes que no trascienden, las que se producen por la contención). Estas cosas pasarán, porque igual que pasan cosas desde el modelo biologicista, pasan cosas en los modelos más respetuosos con los derechos humanos. A mí lo que me da miedo es que esto sirva como justificación para decir que esta manera de trabajar no funciona. Creo que esto va a pasar. Cambiar la manera de trabajar es más difícil que quedarte como estás.

Para superar esa inseguridad y seguir avanzando, es necesario que el profesional cuente con un respaldo alternativo. En muchas ocasiones, es el propio movimiento en primera

persona el que proporciona este apoyo a los profesionales críticos. Una activista en primera persona del colectivo FLIPAS GAM comenta:

Creo que hay dos luchas, y que nos podemos implicar nosotros en la suya y ellos en la nuestra. Y, de hecho, lo hemos hecho. Cuando ha habido profesionales a los que, por no ejercer coerción en sus trabajos, se les han puesto las cosas muy jodidas, hemos intentado que esto pudiera visibilizarse.

Este apoyo tiene sentido, porque para muchos activistas es necesario que los profesionales se involucren. Sin embargo, esta idea siempre va acompañada de la advertencia de que no cobren más protagonismo que el propio movimiento en primera persona. En España, algunos sectores utilizan el término «profesional aliado». A este respecto, una activista en primera persona señala lo siguiente:

Te vuelves un poco sensible. Cuando te das cuenta de que la violencia está tan interiorizada y naturalizada, se abre todo un mundo. Por eso es primordial tener a profesionales aliados, porque sí que los necesitamos. O yo los necesito. Muchas de las personas de los colectivos en los que estamos tenemos a profesionales en nuestra vida, que a veces mal y a veces bien. Yo no tengo problema con los roles profesionales, y entiendo que, dentro de lo que cabe, puede haber una especie de jerarquía. Va a tener un determinado poder en ciertos momentos, y para mí no tiene por qué ser en sí violento. La cuestión es cuando ese poder se usa de una forma que es violenta.

Por otra parte, he encontrado a personas que han estudiado para ser profesionales y que, en algún momento, decidieron que la mejor forma de apoyar era negarse a ser profesionales e involucrarse en el movimiento activista mientras realizaban otro trabajo diferente. Un (ex)psicólogo que participa en Autogestión Libre-Mente tomó esta decisión:

No quería participar en un grupo que fuera una especie de grupo de estudio, como en la universidad. No quería participar donde hubieran solamente profesionales expertos que, desde su disciplina, quisieran proponer cambios. No. Yo quería esto, contribuir desde mi conocimiento de la psicología, pero posicionarme como ciudadano. No el que viene aquí como psicólogo a exponer sus teorías maravillosas acerca de cómo deben hacerse las cosas. Y si tengo que ponerme como psicólogo, bien, pero que sea para criticar a la psicología. Estratégicamente, utilizar los privilegios burocráticos que la sociedad me ha entregado como autoridad, por ser psicólogo, pero para criticar a la psicología. En ese sentido, creo que es una responsabilidad ética y política que tenemos los profesionales de realizar un análisis crítico acerca de nuestras propias disciplinas, de nuestros propios quehaceres. Porque entiendo que yo, como psicólogo, estoy en una posición privilegiada para criticar a la psicología. Porque nadie puede decirme: «Oiga, usted no sabe de psicología». Esto es lo que más me motiva de trabajar en este colectivo y de ser partícipe de este movimiento.

Relacionado con esta perspectiva, como hemos comentado en otro capítulo, ha surgido una corriente denominada «abolicionista», que considera que los profesionales no deben estar en el activismo, puesto que entorpecen las perspectivas que buscan una abolición del sistema de salud mental. En su lugar, animan a estos últimos a dejar sus puestos de trabajo y plantean que el activismo esté formado exclusivamente por personas locas. Este es el caso del blog Antropóloga Trastornada²¹ o del colectivo Enea.²² En este rango de posturas, la reflexión general es la de que los profesionales críticos pueden aportar, pero ya no desde un lugar tan protagonista como en otras épocas. En cierto sentido, los profesionales tienen por delante una pelea distinta, aunque complementaria, a la del activismo en

primera persona. Dejar clara esta delimitación no significa que ambos sean movimientos excluyentes, sino que cada uno debe saber cuáles son sus campos de actuación. De nuevo, una profesional que participa en Locomún comenta lo siguiente:

Hay profesionales que dicen que esto es lo que se lleva ahora, una moda que pasará. Pero a diferencia de la antipsiquiatría, esto no es un movimiento de la élite intelectual, esto es un movimiento por los derechos, desde abajo. Para mí, esta es la potencia que tiene. Los profesionales podemos dejar de tener discursos más o menos progres, pero creo que el movimiento en primera persona ha nacido. Podrá ir a más o a menos, pero creo que no se va a perder. Su parte es imparale.

21. Véase autoetnografia.com.

22. Véase colectivoenea.org.

DE DIFICULTADES PRESENTES Y POSIBILIDADES FUTURAS

La idea inicial de este último capítulo era esbozar algunas conclusiones. Tras varios intentos, me he dado cuenta de que es muy complicado resumir en unos párrafos las propuestas y reflexiones necesarias. Para algunas personas, las propuestas pueden quedarse cortas, y se me puede acusar de poco ambicioso. Para otras, incluso una pequeña transformación es una idea prácticamente utópica e ingenua. Al encontrarme entre ambas posturas, defendiendo la importancia de decir «depende», he pensado que lo mejor es apoyarme en las reflexiones de las personas entrevistadas. Desde un punto de vista general, no es sencillo construir un movimiento social sin apenas referentes históricos y que tenga dos frentes abiertos tan difíciles de complementar: la reivindicación y el cuidado. Cómo se consigue esta combinación es de vital importancia y la mayor parte de obstáculos están relacionados con ello. Por un lado, se proponen alternativas de cuidado que no son nada utópicas. Pero, por otro, también se está tratando de transformar el sistema de salud mental. A veces, el propio activismo ha precipitado procesos de sufrimiento psíquico, mientras que, en otros casos, ha ayudado a afrontarlo y comprenderlo. El equilibrio entre ambos frentes no siempre es fácil de mantener y en

ocasiones estos se confunden entre sí. En este sentido, creo que los colectivos tienen que explicitar cómo van a atender a ambos.

A mi modo de ver, uno de los principales frentes del activismo es lo que antes hemos llamado «cultura de lo emocional». Creo que hay que ser conscientes de que los movimientos sociales no funcionan exclusivamente bajo criterios racionales. Las cuestiones afectivas están involucradas en cualquier proceso de transformación social. En el activismo en salud mental, estas cuestiones cobran una importancia todavía mayor. Algunas personas se involucran para evitar la soledad, recibir apoyo o dar un significado a sus vidas. Pero esto no le resta credibilidad. Al contrario, se trata de políticas que afectan a lo emocional de un modo muy intenso y esta puede ser una de sus potencialidades. La siguiente reflexión, por parte de una activista en primera persona de Chile, va en esta dirección:

Ser activista en salud mental es duro, porque es un movimiento que recién está empezando, hay gente que hemos pasado por procesos psíquicos duros... Y vas un poco sobre la marcha, estar con pastillas, sin alternativas, medio no-queado... Y llegas a ese núcleo y te das cuenta de todo lo que está ocurriendo, y que nadie lo sabe, que tú mismo no lo sabías. [...] Cansa tener que lidiar con la experiencia personal y, a la vez, buscar alguna forma de visibilizar lo que está pasando. Porque, aparte, uno tampoco lo entiende todo. Va como sobre la marcha. Pero sí encuentro muy positivo el hecho de poder compartir experiencias con personas que han pasado por alguna situación similar, uno descansa un poco en eso: «No soy la única, somos muchos y cada vez somos más». Siento que ahí nace mucho amor. Es parte muy importante de la recuperación de la autonomía personal que la psiquiatría te quita, te anula como sujeto.

En el caso del activismo en salud mental, esta mezcla de emociones puede llevar a que algunas personas se comprometan de forma muy intensa, pero que después, una vez cambian

los afectos involucrados, necesiten abandonar el activismo. La energía que aparece en los primeros momentos puede llevar a una necesidad posterior de bajar el ritmo o de descansar, debido a períodos en los que se incrementa el malestar. Creo necesario que se dé espacio a ambas formas de funcionar. A través de lo colectivo, se va construyendo una cultura de lo emocional distinta.

Otro aspecto importante es que estamos hablando de un movimiento que lleva relativamente poco tiempo en activo en Chile y España. Esto implica que todavía no hay mucho aprendizaje acumulado, una generación anterior en la que fijarse o una base social sólida. Debido a la novedad que está suponiendo y a la eclosión de diferentes tipos de discursos, hay personas que sienten cierta presión. Un activista de FLIPAS GAM hace la siguiente reflexión:

El activismo en salud mental en primera persona tiene unas características muy concretas, porque acaba de empezar, es muy reciente. Es un colectivo que está marcado por el paternalismo que ha sufrido cada una de las personas que hemos vivido estas situaciones. En mayor o menor medida, estamos acostumbrados a que se nos usurpe la voz, a que se hable por nosotros, a que opinen de nosotros, a que nos digan lo que tenemos que hacer con nuestra vida, a que definan incluso nuestra propia identidad de enfermos... Esto hace que, desde el propio activismo, haya dificultades. Además, está marcado también por su propia novedad, por su propia corta edad; nos definen, nos observan desde fuera, esperan ciertas cosas...

A esta juventud se suma la necesidad de generar ideas diferentes a las de la antipsiquiatría. Esta proporciona un trasfondo histórico al movimiento, pero pese a que el activismo en salud mental es su heredero, cada vez más activistas encuentran sus análisis insuficientes para la realidad actual. En este sentido, la cultura de la salud mental de hoy en día es muy distinta de aquella que enfrentaba la antipsiquiatría.

Para el movimiento antipsiquiátrico clásico, resultaba fácil criticar los manicomios, porque era evidente que en los manicomios se sometía a vejámenes, a electroshock... Pero resulta más difícil criticar el argumento biomédico; la psiquiatría ha encontrado una herramienta mucho más sofisticada para dominar, que se ha investido de un carácter científico.

Por ello, creo que la cuestión principal es, cada vez menos, desmontar los argumentos del biologicismo. En primer lugar, porque perspectivas no biologicistas también están contribuyendo a la situación actual. Refutar argumentos y buscar investigaciones que pongan en cuestión la hegemonía de las teorías biologicistas están dejando de ser prioridades. De hecho, parecen más una distracción que una cuestión central, ya que no existe una justificación meramente científica y basada en estudios, sino los intereses de toda una industria farmacéutica y una inercia histórica que dejan a lo propiamente científico un margen de importancia muy pequeño. Ganar con argumentos dentro de ese margen no cambia el escenario. Por otro lado, debatir sobre el biologicismo no es siempre lo más productivo a la hora de construir una alternativa y resulta difícil de plantear como debate amplio en la sociedad. En su lugar, está tomando protagonismo la discusión acerca de los derechos humanos en salud mental y se está viendo que es una estrategia más efectiva. Se trata de centrar el foco en si ciertas prácticas son compatibles con la dignidad humana, no en si son eficaces.

Esto es compaginable con que se continúen elaborando reflexiones coherentes respecto a ámbitos como lo social, lo colectivo, lo biográfico y lo horizontal. Esta labor no es sencilla, ya que toda una cultura de la salud mental está en contra. En este sentido, el activismo ha hecho un llamamiento a construir un nuevo modo de mirar, pero este todavía está y estará en proceso. En esta línea, una activista en primera persona de España señala la necesidad de conectar la salud mental con otras situaciones de injusticia:

Para mí, es importante que la crítica que se haga desde el activismo en primera persona en salud mental sea un activismo que confronte con la sociedad, con los discursos dominantes de nuestra sociedad: competitividad, individualismo, la cultura del éxito, lo material por encima de todo lo demás... Y que lo injusta que es esta sociedad a todos los niveles es el marco desde donde se entiende la situación en salud mental. Hago autocritica desde el propio movimiento, como limitación, el corto enfoque que a veces tenemos al centrarnos en la salud mental como una situación especial de injusticia que sufrimos, aislada del resto de circunstancias injustas que pasan en otros contextos.

Es fuerte que, tras cuarenta años de democracia, salgamos ahora a preguntar ¿qué pasa con las personas con problemas de salud mental graves? ¿Cómo se las está tratando? ¿Cómo lo vivimos nosotros y nosotras mismas? Esta es una parte, la novedad de salir a la luz con estos discursos. Pero otra cosa distinta es que suframos una injusticia especial o mayor que otros colectivos, como inmigrantes, infancia en riesgo, situaciones de miseria, marginalidad y pobreza, opresión de las mujeres... La opresión en nuestras sociedades es inmensa en muchos sectores, en muchos lugares y en muchos colectivos.

Otra de las grandes dificultades es que las alternativas planteadas hasta ahora no siempre han sido suficientes. Muchas personas se siguen viendo obligadas a acudir a los dispositivos de salud mental, pese a no quererlo. A esto hay que sumar que la inmensa mayoría de gente no tiene acceso a las propuestas del activismo. Por tanto, la realidad es que todavía falta llegar a las personas cronificadas, que no salen de casa, que no trabajan, que no tienen a nadie, que llevan años sobremedicadas o infantilizadas. Una activista en primera persona de Chile comenta lo siguiente:

Existen personas psiquiatrizadas que, por medio del movimiento social, han logrado sanarse desde el activismo.

Pero también existen las personas que no llegan a ser activistas, por una u otra razón. Y siguen encerradas en sí mismas, encerradas en el discurso que les están poniendo encima violentamente. Y yo creo que son los más. Personas que se sienten atrapadas, que sufren mucho, porque la desesperación es tan grande... No hay con quién hablarlo, ni con un amigo (porque es un tabú), ni con un psicólogo. Y esto lo encuentro muy negativo, me entristece mucho.

En este sentido, algunas activistas en primera persona que han organizado un GAM decidieron que no iban a hacerlo con otras activistas, sino en una asociación en la que el perfil mayoritario es el que se acaba de describir. De este modo, tratan de transformar realidades sin conformarse con el reducido círculo de personas ya afines. Al hablar de las dificultades que esto plantea, una de ellas comenta:

Empiezo a plantearme reflexiones: estoy harta de juntarme con la gente que piensa como yo, que está en la misma situación, que nos damos siempre la razón entre nosotras... Vamos a acercarnos a la realidad. Nos vamos con los compañeros que están jodidos, que para mí es cuando aterrizo en la realidad. Estamos acostumbrados a estar con gente que está jodida, pero no está psicoeducada, no toma muchísima medicación (solo puntual), que viene de movimientos sociales... Y la realidad del día a día, de los dispositivos, es otra. Nos hemos dado cuenta de una realidad superdura, hay una persona que está en nuestro grupo que dijo: «Me he tirado más de cuarenta años escuchando voces y hasta que a ese tipo no le escuché decir que escuchaba voces, yo creía que esa experiencia solo era mía». Y te das cuenta. Tú te crees que eres la hostia, porque se ha montado un congreso, ha ido gente, ha habido eco de prensa, hay una página web, hay materiales... Pero eso no llega. No lo suficiente. Hay que bajarse abajo, porque no llega.

Por otra parte, la soledad es una de las grandes barreras a las que muchas personas con sufrimiento psíquico tienen que enfrentarse. En muchas entrevistas, aparece como una de las prioridades en la que trabajar. Una de las profesionales entrevistadas en España comenta lo siguiente respecto a esta cuestión:

Ahora mismo estoy en un proceso de acompañamiento a una persona que está bastante jodida y a la que estamos acompañando desde fuera [del sistema de salud mental]. Últimamente pienso que la alternativa a la institución es dejar a la gente muy sola, que la gente tiene que tener mucha red y, en el caso de esta persona, somos mucha gente intentando tirar. Esta persona nos pasó la guía Saldremos de esta, como para organizarnos. Soy consciente de que esto no es así con la mayor parte de la gente, porque no tienen esa red, no tienen recursos personales como para iniciar un grupo de apoyo o de acompañamiento... Me parece muy violento que la alternativa al sistema de atención sea dejar a la gente tan sola.

Relacionada con esta cuestión, surge la necesidad de generar un lenguaje propio. Este debe permitir la comunicación con otras personas que nunca han cuestionado el modo en que se las atiende. Para crearlo, hay que tener en cuenta que este debe poder ser comprendido por una buena parte de la población, y que nadie tiene por qué pasarse horas y horas leyendo para que una información le sea accesible. Esto es todavía más importante si tenemos en cuenta los niveles de medicación e infantilización. Un claro ejemplo de la utilización del lenguaje son las narrativas propias. Por un lado, posibilitan conectar y comunicar con otras personas. Por otro, aprender a narrar las experiencias de un modo particular e individual supone un cambio vital para mucha gente. Cuando alguien habla con unas palabras que no le son propias, y que son las mismas que los profesionales utilizan para todo el mundo, no está siendo reconocido en su carácter único. Sin lenguaje propio no puede reconocerse la diferencia, y sin diferencia el cuidado es

forzosamente estandarizado. Así lo reflexiona una activista que forma parte de Locomún:

Cuando hablamos de las contenciones y de la violencia más explícita, más cruel, más directa, más física... eso se sostiene sobre una violencia simbólica, una violencia lingüística que es brutal y que es constante. Una cosa que me ha sucedido un montón es no poder explicar lo que me sucedía fuera del modelo de la enfermedad, no tener palabras para explicar a mis amigos, a mi familia, lo que me pasaba. Sentirme incomprendida por la gente que quiero. Quedarme como muda, anulada. Porque el lenguaje es la manera de comunicarte con los demás. Si queda roto, porque el lenguaje que tienes al alcance es el que te define como una persona enferma, te quedas sin palabras para describir lo que te pasa. Porque simplemente son síntomas de una enfermedad que no se entienden, que no tienen un origen conocido, que es simplemente biología, mala suerte: «Te ha tocado, qué se le va a hacer». Y tú sabes que eso no es verdad, me están pasando cosas que me están haciendo sufrir y yo no sé cómo explicar esto, porque no tengo palabras. Para mí [en] el hecho de reconquistar el lenguaje creo que estamos ganando batallas para los que vienen detrás.

Creo que las narrativas en primera persona son importantes. Para mí son esas formas de entendernos a nosotros mismos, a nuestras experiencias y nuestros contextos, que se apropian del lenguaje y que no usan el lenguaje psiquiátrico, sino que legitiman la propia vivencia de las personas, las propias palabras elegidas por las personas.

Con esto en mente, es habitual escuchar que este nuevo lenguaje debe dotar de significado a las experiencias que la persona está teniendo. Sin embargo, «dotar de significado» es una expresión que puede querer decir muchas cosas. Para la mayor parte de la gente, quiere decir encontrar una explicación. Hay quien es capaz de elaborar una interpretación plausible y útil, conectando aspectos individuales, familiares y sociales. Pero

hay quien no la encuentra, sea por carencia de herramientas propias o por falta de motivación. También se da el caso de personas que la encuentran, pero esto no supone un gran acontecimiento para ellas. Incluso hay quienes ayudan a encontrar significado a la experiencia de otras, pero no pueden hallarlo en las propias. En este sentido, creo que es importante asumir, incluso reivindicar, que el sufrimiento psíquico puede tener una parte inexplicable, que escapa a nuestra comprensión. Esto puede ayudar a mucha gente a no sentir la presión de comprender; abre un espacio libre de discursos que puede habitarse. Creo que hay que defender la libertad de no saber por qué sucede el malestar, tanto como la libertad de querer elaborar un significado propio.

En otro orden de cosas, es importante reconocer todo lo que ya se ha conseguido. Hace pocos años, en ambos países, hubiera sido impensable que un movimiento de estas características pudiese surgir y consolidarse. Actualmente, su mera existencia pone en jaque muchas ideas que hasta ahora se consideraban incuestionables y da una base desde la que construir una voz propia. Un activista en primera persona de Autogestión Libre-Mente comenta:

Los locos hemos existido en toda la historia de la humanidad. Antes, nos mandaban a unas islas perdidas por ahí, nos aislaban, nos mataban, nos torturaban... Ahora tenemos todavía reivindicaciones por las cuales luchar y los usuarios, en los últimos años, se han empezado a organizar. Esto es lo importante, que estamos organizados. Eso ya es un gran paso, y también darle un carácter reivindicativo a esa organización.

El lema «vamos despacio, porque vamos lejos» tiene bastante sentido para el activismo en salud mental. Se trata de un movimiento que tiene por delante una lucha muy larga. Ir despacio, sin perder de vista que se quiere ir lejos, supone ir generando un diálogo que permita planificar estrategias a corto y largo plazo. Las estrategias a corto plazo tienen que ver con

eliminar prácticas concretas, sumar a personas al activismo y generar nuevos colectivos. Es decir, dar pequeños pasos. Las estrategias a largo plazo hacen referencia a un cambio social más amplio. A este respecto, otro activista de Autogestión Libre-Mente señala:

Yo creo que es importante tomar un tema que sea específico. Creo que hay temas que son estratégicos. Por ejemplo, el electroshock. En España, veo un movimiento importante, de personas que conocí allá, sobre cero contenciones. Acá no le hemos dado mucho énfasis a eso, pero sí contra el electroshock. Yo creo que es importante esto, tomar un tema específico, estudiarlo, analizarlo, documentarse, compartirlo, debatirlo, contar experiencias... Y tomarlo como una causa y, ahí, hincar el diente. [...] Tomar un tema y trabajarlo a fondo. Porque, además, se da un proceso de aprendizaje, de educación, de construcción de las propias personas que participan ahí. Hay temas que son más fáciles y otros más difíciles. Por ejemplo, es más fácil trabajar el electroshock, porque hay documentación al respecto. Pero cuando planteamos el orgullo loco, es mucho más difícil, porque implica identidad, cuestionamiento, quitarle el arma a alguien y ahora usarla de otra manera. Porque [frente a] esa palabra que tú utilizabas para denostarme, para ningunearme, para discriminarme, yo digo: «Sí, efectivamente, estoy loco, y estoy orgulloso de eso». Es un cambio de paradigma enorme. Si esto se lo presentas a los compañeros y compañeras que tienen conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y están intervenidos por las drogas psiquiátricas, es tremendo. Ahí se despiertan las diferencias, los roces... y es totalmente entendible. Pero es falta de diálogo, de conversación.

Como sucede en todos los movimientos sociales, hay que entender que este diálogo siempre va a generar opiniones encontradas. Pero la lógica no debería ser evitarlas, sino generar espacios de debate seguros.

Yo creo que el conflicto es parte de la construcción. Nada empieza ni termina en un conflicto, le tenemos miedo. Como que «Ojalá que estemos todos de acuerdo, ojalá que tengamos todos el mismo discurso» y creo que construyen más la discordia, la discusión, la tensión... Se confunde «discusión» con «pelea», que no es lo mismo. Decirse las cosas de frente y abiertamente yo creo que está bien. En los conversatorios pasa eso. En [Autogestión] Libre-Mente sucede también: gente que defiende los medicamentos, defiende a sus psiquiatras, hay gente que está a favor del electroshock... Creo que es natural, en la construcción de una comunidad, estar abierto a las diferencias. Esto es lo que construye.

Una de las reflexiones más polémicas es la de que el activismo en salud mental es un movimiento político. Los colectivos que están realizando un trabajo más efectivo son los que lo tienen en cuenta. Al contrario de lo que suele pensarse, esto no restringe las posibilidades, sino que las aumenta, puesto que las reivindicaciones concretas tienen que ver con cambios políticos a dos niveles: por un lado, cambios en el ámbito de la política institucional, como que se prohíban ciertas prácticas o que se implementen ciertos tipos de modelos asistenciales; por otra parte, cambios en la política cotidiana, aquella que realizamos todas las personas todos los días (por ejemplo, si sé que mi vecino está pasándolo mal, puedo elegir ofrecerle mi ayuda o no hacerlo). Aunque sea a muy pequeña escala, esta elección es política. Contribuye a construir una sociedad en la que los vecinos se cuidan entre sí, en lugar de una en la que las personas nos ignoramos. Elijo entre una sociedad que se cuida a sí misma o una que depende de las instituciones. Los GAM, el apoyo mutuo informal, las charlas y los debates son propuestas de política cotidiana, pero también de política en sentido amplio. Combinar ambos niveles es lo que permite que se llegue más lejos y contribuye a no permitir que las instituciones definan hasta dónde es posible imaginar. Un (ex)psicólogo de Autogestión Libre-Mente señala:

Esto viene a ser una crítica social muy importante al sistema normalizante. Pasar de una sociedad absolutamente administrada, como en la que vivimos, a considerar la diferencia. Porque actualmente hay muchísimas personas que reprimen sus diferencias, que ven que no tienen cabida social, que existe constantemente el peligro de ser estigmatizadas, de ser violentadas y no pueden expresar esa diferencia. Pero, a partir de estos movimientos, se abre una ventana, un amplio espectro de posibilidades para que aquellas personas que se sienten en peligro por expresar sus diferencias puedan hacerlo, puedan encontrar una brecha dentro del sistema para decir: «Tenemos derecho a ser diferentes y a vivir diferente». No solo a nivel de discurso: «Ah, bueno, usted puede decir lo que quiera». No. No solo queremos decir las cosas, queremos vivir de una manera diferente. Y ahí está el carácter político del movimiento, reivindicando el derecho a ser diferente, porque, en el fondo, queremos una sociedad diferente. No solo es un discurso, propone toda una nueva forma de vivir.

Los pasos se están dando. Hay un movimiento que está consolidando su base social, generando nuevos discursos, elaborando un lenguaje propio y practicando el apoyo mutuo. Las dificultades son muchas y los debates están todos abiertos. Es un movimiento en construcción y del que todavía no podemos saber la forma que tomará. Lo importante es reconocer que cubre un amplio espectro de necesidades sociales, desde reducir la sobremedicación hasta aportar mecanismos de cuidado; desde incrementar la independencia de las personas respecto a las instituciones hasta desafiar a un modelo social individualista; desde aportar reflexiones en cuestiones de género y feminismo hasta resaltar las consecuencias invisibilizadas de las condiciones económicas; desde reivindicar derechos en salud mental hasta reivindicar una transformación social.

Me gustaría acabar con estas reflexiones de un activista de Autogestión Libre-Mente:

Se está poniendo dentro de los temas sociales la consideración de la diferencia. De cómo esta lucha por el reconocimiento, o de la defensa de los derechos humanos en salud mental, está afianzando en la opinión pública el hecho de que se pueda reconocer la diferencia y que no se la castigue, que no se la discrimine, que no se la violente, que no se la someta a diagnósticos. En esta lucha, se están abriendo muchas posibilidades para que la sociedad comience a cuestionar aquello que había naturalizado por años. Y que diferencias, incluso diferencias radicales como la locura, puedan ser consideradas como eso, como diferencias, como diferentes formas de ser, de sentir, de percibir. Estamos iniciando un movimiento que está luchando por cambios radicales y, por fin, es tiempo de estos cambios.

BIBLIOGRAFÍA

- ABARCA, Ignacio, ACUÑA, Yudi, ÁLVAREZ, Morelia y BENÍTEZ, Jorge: «Explotación solidaria. Una experiencia de trabajo comunitario en la localidad de Población, Región de O'Higgins», *Pánico en crisis*, 2010.
- ACTIVAMENT: *Documento guía para la constitución y gestión de Grupos de Ayuda Mutua en salud mental* (disponible en: bit.ly/2WOoH4).
- ÁLVAREZ, Ignacio: «El Rey de la Araucanía y la Endemoniada de Santiago. Aportes para una historia de la locura en el Chile del siglo XIX», *Persona y Sociedad*, 2006.
- ANÓNIMAS: «Abandono, negligencia y vacío legal. Paramédico viola a paciente en el psiquiátrico y huye de Chile», *The Clinic*, 5 de julio de 2009.
- ARAYA, Claudia y LEYTON, César: «La “vía chilena” a la psiquiatría social. Propuestas y debates en torno al cambio del modelo de asistencia mental (1968-1973)», en Rafael Huertas (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*, Catarata, Madrid, 2017.
- ARIÑO, Begoñe y SAN PÍO, María Jesús: «El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Gijón, 2007.
- ARNAU (Jau), Josep Alfons: *Escritos contrapsicológicos de un educador social*, Biblioteca Social Hermanos Quero, Granada, 2012.
- «Contrapsicología y antipsiquiatría», *Acampada contra el Tren de Alta Velocidad (TAV)*, País Vasco, 2001.
- ASAMBLEA DE PSIQUIATRIZADXS EN LUCHA Y COMPAÑERXS DE BARCELONA: *Sobre la escucha de voces*, s/f, s/l.
- BARKUS, Emma y MURRAY, Robin: «Substance use in adolescence and psychosis. Clarifying the relationship», *Annual Review of Clinical Psychology*, Londres, 2010.
- BAUGHEY-GILL, Sarah: «When gay was not ok with the APA. A historical overview of homosexuality and its status as mental disorder», *Occam's Razor*, 2011.
- BEERS, Clifford: *A Mind that Found Itself. An Autobiography*, Createspace Independent Pub, 2012 (disponible en bit.ly/2JnFgD1).
- BLY, Nellie: *Diez días en un manicomio*, Buck, Barcelona, 2009.

- BOLÍVAR MUÑOZ, Julia, BERNAL SOLANO, Mariola, MATEO RODRÍGUEZ, Inmaculada, DAPONTE CODINA, Antonio, ESCUDERO ESPINOSA, Cecilia, SÁNCHEZ CANTALEJO, Carmen, GONZÁLEZ USERA, Isis, ROBLES ORTEGA, Humbelina, MATA MARTÍN, José Luis, FERNÁNDEZ SANTAELLA, M.^a Carmen y VILA CASTELLAR, Jaime: «La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio», *Gaceta Sanitaria*, 2016.
- BUCKHOLDT, Kelly E., WEISS, Nicole H., YOUNG, John y GRATZ, Kim L.: «Exposure to violence, posttraumatic stress symptoms, and borderline personality pathology among adolescents in residential psychiatric treatment. The influence of emotion dysregulation», *Child Psychiatry & Human Development*, 2015.
- CASTILLO PARADA, Tatiana: «De la locura feminista al “feminismo loco”. Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea», *Investigaciones Feministas*, 2018.
- CHABASINSKI, Ted: «Ted Chabasinski» (disponible en: bit.ly/2Lp2xC0).
- CURTIS, Ted, DELLAR, Robert, LESLIE, Esther y WATSON, Ben (eds.): *Mad Pride. A Celebration of Mad Culture*, Chipmunka Publishing, 2000.
- DESVIAT, Manuel: «La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad», *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, 2011.
- ENAJENADXS: *UHP Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs*, Taller de Investigaciones Subversivas, Madrid, 2007.
- ERRO, Javier: «Guardar el secreto. La invisibilización del Abuso Sexual Infantil», *Kamchatka*, Valencia, 2017.
- FINKLE, Lilith: «Psychiatric Survivor Pride Day. Community Organizing with Psychiatric Survivors», *Osgoode Hall Law Journal*, 1997.
- GARCÍA VÁZQUEZ, Cristina y SAAL, Aarón: «Salud y enfermedad mental. Mapuche y terapeutas», VI Congreso Chileno de Antropología, Colegio de Antropólogos de Chile A. G., Valdivia, 2007.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Manuel (coord.): *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1980.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique: *Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos*, Ediciones Península, Barcelona, 2010.
- HASSAN, G., KIRMAYER, L. J., MEKKI-BERRADA, A., QUOSH, C., EL CHAMMAY, R., DEVILLE-STOETZEL, J. B., YOUSSEF, A., JEFEE-BAHLOUL, H., BARKEEL-OTEO, A., COUTTS, A., SONG, S. y VENTVOGEL, P.: «Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians. A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict», UNHCR, Ginebra, 2015.
- HEARING VOICES, Congreso Mundial: «Aclaraciones desde la organización del séptimo congreso mundial de Hearing Voices» (disponible en bit.ly/37TiUCT).
- HILARIO, Carla Theresa, OLIFFE, John L., PUI-HING WONG, Josephine, BROWNE, Annette J. y JOHNSON, Joy Louise: «Migration and young people's mental health in Canada. A scoping review», *Journal of Mental Health*, 2015.
- HO, Beng-Choon, ANDREASEN, Nancy C., ZIEBELL, Steven, PIERSON, Ronald y MAGNOTTA, Vincent: «Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. A longitudinal study of first-episode schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 2011.
- HOLLANDER, Anna-Clara, DAL, Henrik, LEWIS, Glyn, MAGNUSSON, Cecilia, KIRKBRIDE, James B. y DALMAN, Christina: «Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses. Cohort study of 1.3 million people in Sweden», *BMJ*, 2016.
- HUERTAS, Rafael: «Locos, criminales y psiquiatras. La construcción de un modelo (médico) de delincuencia», en *Otra historia para otra psiquiatría*, Xoroi Edicions, Barcelona, 2016.
- KADMON, Albert: *Panero y la antipsiquiatría*, Antipersona, Madrid, 2017.
- LEYTON, César: «La ciudad de los locos. Industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile, 1870-1940», *Frenia*, 2008.
- MAD IN AMÉRICA HISPANOHABLANTE: «Las correas y el acoso escolar. A propósito del “Foro por la Convivencia. XIV edición”» (disponible en bit.ly/3aMVWiP).
- MILLS, John A.: *Control. A History of Behavioural Psychology*, New York University Press, Nueva York, 1998.
- MONTERO, Maritza: «La psicología comunitaria. Orígenes, principios y fundamentos teóricos», *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá, 1984.
- MONTILLA, Julia: *Enajenadas. Ilustraciones médicas de la locura femenina en el siglo XIX*, Brumaria, Madrid, 2018.
- NO ES LO MISMO SER LOCA QUE LOCO: «Manifiesto Locura feminista» (disponible en bit.ly/2WXDDP4).
- NUTTBROCK, Larry, BOCKTING, Walter, ROSENBLUM, Andrew, HWAHNG, Sel, MASON, Mona, MACRI, Monica y BECKER, Jeffrey: «Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women. A 3-year prospective study», *American Journal of Public Health*, 2014.
- PÁEZ, Darío, FERNÁNDEZ, Itziar y MAYORDOMO, Sonia: «Características alexitímicas y diferencias culturales», en Darío Páez y María Martina Casullo (eds.), *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos lo que sentimos?*, Paidós, Buenos Aires, 2000.
- PARKAS, Víctor: «Ser punk en un pueblo de locos. Bailando pogo en el centro de salud mental», *FanAct. Fanzine d'ActivaMent*, n.º 2, Granollers, invierno de 2017 (disponible en bit.ly/3btHBYH).
- PERNA, Laura, BOLTE, Gabriele, MAYRHOFER, Heidi, SPIES, Gabriele y MIELK, Andreas: «The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city. An analysis with data from the city of Munich», *BMC Public Health*, 2010.
- PIPER, Isabel: «La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile. La psicología comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos», *Revista de Psicología*, 2008.
- REAUME, Geoffrey: «A History of Psychiatric Survivor Pride Day during the 1990s», *Consumer/Survivor Information Bulletin*, 2008.
- SKINNER, Burrhus Frederic: *Más allá de la libertad y la dignidad*, Salvat, Barcelona, 1989.
- *Walden dos*, trad. S. Lorente Arenas, Martínez Roca, Madrid, 2005.
- STRANDH, Mattias, WINEFIELD, Anthony, NILSSON, Karina y HAMMARSTRÖM, Anne: «Unemployment and mental health scarring during the life course», *European Journal of Public Health*, Oxford, 2014.

- TIGRES DE SUTULLENA, Los: «La epidemia de rabia en España (1996-2007)», partes I y II, *Revista Resquicios*, 2007-2008 (disponible en bit.ly/3rwYw2c).
- VERSUS: «Presentación del grupo de psicología crítica Versus», Facultad de Psicología de Málaga, Málaga, 2000 (disponible en bit.ly/37QOgtM).
- VIQUEIRA, Carmen: «Los hospitales para locos e “inocentes” en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles», *Revista de Medicina y Ciencias Afines*, 1965.
- VV.AA.: «Today in London's Radical History. Reclaim Bedlam Oppose Compulsory Treatment Orders, 1999» (disponible en bit.ly/2Kw83Gj).
- VV.AA.: «El psicofármaco en la encrucijada» (disponible en bit.ly/3nYoyWQ).
- WANG, Jingyi, LLOYD-EVANS, Brynmor, GIACCO, Domenico, FORSYTH, Rebecca, NEBO, Cynthia, MANN, Farhana y JOHNSON, Sonia: «Social isolation in mental health. A conceptual and methodological review», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2017.
- WOODS, Angela: «The voice-hearer», *Journal of Mental Health*, 2013 (disponible en castellano en bit.ly/38EDKoD).
- WUNDERINK, Lex, NIEBOER, Roeline M., WIERSMA, Durk, SYTEMA, Sjoerd, NIENHUIS, Fokko J.: «Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy. Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial», *JAMA Psychiatry*, 2013.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A

Allende, Salvador 50, 90
Altman DuBrul, Sasha 127

B

Beck, Aaron 43
Beers, Clifford 77, 237
Bernays, Edward 37
Bleuler, Eugen 34
Bly, Nellie 76, 237

C

Carmona, Manuel Antonio 73
Chabasinski, Ted 154, 238
Chamberlin, Judi 126
Criado, Javier 201

E

Erhard, Werner 56-57
Escario, Silvia (Silvia Resorte) 82
Escher, Sandra 129
Esquirol, Jean Étienne Dominique 32

F

Fanon, Frantz 89

Foucault, Michel 77, 89
Freire, Paulo 89

G

García, Ramón 95, 97
Goffman, Erving 77, 89

H

Hague, Patsy 129

I

Illouz, Eva 56

J

Jau (Josep Alfons Arnau) 94, 141-142, 237
Jofré, Juan Gilaberto (Padre Jofré) 68-69

K

Klimt, Gustav 36
Kraepelin, Emil 34
Kropotkin, Piotr 186

M

Maddock, Mary 154

Martín 54
McNamara, Jacks 127
Montero, Maritza 88

P

Packard, Elizabeth 76
Perceval, John Thomas 76
Perls, Fritz 38, 39, 40
Pinel, Philippe 32, 71-73, 75, 76
Pinochet, Augusto 50, 87, 88, 91,
100, 175
Posner, Laura 38

R

Rendueles, Guillermo 97, 141-142
Romme, Marius 129-130
Roy Frank, Leonard 125, 154

S

Schiele, Egon 36
Schwartzkopff, Deborah 154
Skinner, Burrhus Frederic 44-46,
239
Szasz, Thomas 77, 89

T

Thatcher, Margaret 51, 57
Tounens, Orélie Antoine 73

V

Vergara, José 164-165
Villa, Lissette 158-159

W

Watts, Alan 40
Whitaker, Robert 128, 150

Z

Zito, Jonathan 133

ÍNDICE TEMÁTICO

«#ocontenciones» (campana) 148-
149, 173

A

abuso de poder 114
abusos sexuales 109
ActivaMent (colectivo) 83, 145, 190,
237, 239
activismo 3, 6, 12-14, 17, 22-24, 59-
60, 62, 64, 76, 93, 104, 107-108,
111-114, 117, 120-122, 124-125,
127-129, 134-136, 146-147, 150-154,
156-157, 160, 165, 170, 176, 178-
180, 182-183, 185-186, 188, 190,
197, 208, 220, 223-227, 231-233
—en primera persona 6, 10-12,
14, 22, 24, 107, 108, 112, 114, 116-
118, 121-122, 125-126, 128, 132,
134-136, 145, 152-153, 170, 180,
184, 188, 192, 201, 207, 211, 218-
221, 224-228, 230-231
—en salud mental 3, 13, 22, 62, 76,
104, 108, 111, 113, 120, 124, 129,
135, 146-147, 151, 153, 156, 160,
178, 197, 208, 224-225, 231, 233
—loco 107, 151, 157
adicciones 19, 32
afecto-*shock* 187
Agrupación de Pacientes (colectivo)
80
aislamiento social 20, 54, 97
Ajoblanco (revista) 82

alcoholismo 111
alfabetización 89
aliados 22, 131, 219
Alleged Lunatics' Friend Society 76
American Psychiatric Association
(APA) 34, 123-124, 237
amor 20, 41-42, 81, 168, 224
ansiedad 19, 32, 46, 54, 59, 63
anticolonialismo 89-90
antidepresivos 53, 83, 175
Anti-Insane Asylum Society 76
antipsicóticos 83, 170-171
antipsiquiatría 5, 67, 77, 81-82, 93-
98, 101, 108, 121, 143, 221, 225,
237, 239
apoyo mutuo 6, 10, 61, 64-65, 98,
119, 128, 138, 143-144, 165-167,
186, 188-191, 194-195, 233, 234
asambleas abiertas de profesionales
y usuarios 80
asesoramiento jurídico 89
Asociación Caleidoscopio 147
Asociaciones de Familiares 84
Asociación Española de
Neuropsiquiatría 78, 81, 238
autoayuda 28, 46, 52, 98, 186
—grupos de 98
—libros de 28, 46, 52
Autogestión Libre-Mente
(colectivo) 153-154, 156-158, 166-
168, 185-187, 211, 219, 231-234
autoridad 13-14, 97, 101, 115, 120,
137, 220

B

bipolaridad 51, 63, 127, 171
burguesía 36, 71

C

capital relacional 97
cárcel 74, 91
Cátedra Libre Franco Basaglia 152
Centro de Acción Crítica en Salud Mental 153
Centro de Estudios Contrapsicológicos (CEC) 102-104, 152
centros comunitarios 91
centros de salud mental 20-21, 29, 77, 122, 137
—autogestionados 77
CIE (manual diagnóstico) 124
coaching 57-58
Coalition Against Electroshock 125
colonización 88, 90
compulsiones 32
conductismo 42, 44-47, 94, 97, 106
—radical 44
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental 84
Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression 126
conocimientos populares 28
consentimiento informado 163
contenciones mecánicas 19, 80, 121, 148-150, 177, 214
contrapsicología 5, 67, 93-102, 104, 106, 108, 121, 141, 152, 237
Contrapsicología y Acción Comunitaria (colectivo) 103-104
control moral 32
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 163
cooperación 186
Coordinadora de Grupos Marginales 82
Coordinadora Psiquiátrica 81
cuerdismo 116
cultura
—de la guerra 27-28

—de la paz 27
—de la política 27
—de la salud mental 5, 24, 27-30, 33, 35-37, 43, 44, 46, 48-52, 54-61, 63-64, 70, 110, 119, 181, 225-226
—de lo emocional 38-40, 224-225
—de lo mental 36, 67, 75
—del trabajo 27

D

darwinismo 29, 33
declaración de voluntades anticipadas 163
delirios 215
depresión 19, 32, 43, 46, 53, 55, 59, 63, 174
derechos humanos 72, 114, 126, 148, 162-163, 178, 181, 218, 226, 235
desaparecidos 91
desmedicalización 210, 213-215
—reticencia a la 213
Día Mundial contra el Electroshock 154
dictadura 50, 78, 79, 86-91, 100, 123, 175
Dipsidencia (colectivo) 96, 98
discontinuación 210
dispositivos de salud mental 115, 156, 184, 189, 227
diversidad mental 119
DIY (*do it yourself*) 127, 137, 141
Dmentes Abiertas (colectivo) 147
drogas psiquiátricas 114, 158, 160-161, 181, 232
DSM 34-35, 53, 83, 123-125
DSM-III 35, 83
DSM-V 34
dyin 30

E

economía 45, 60, 98
—de fichas 45
educación sexual 89
electroshock 19, 80, 114, 121, 125, 154-155, 163, 175, 226, 232, 233
Enajenadx (fanzine) 136, 139-142, 152, 238

Encuentro Nacional de Contrapsicología 102
enfermedad mental 30, 32, 35, 77, 84, 89, 97, 110-111, 119, 182, 237-238
enfermería 70, 215
Entrevoces 146-147, 162, 193
escucha de voces 119-120, 131, 142, 146, 182, 237
Esquicie (colectivo) 93-94, 96
esquizoanálisis 95, 98
esquizofrenia 34, 51, 82, 111, 119, 120, 133, 154, 164, 171, 182, 209
Esquizoqué (colectivo) 145
Estado (papel del) 157, 159-160
esterilizaciones forzadas 202
estigma 84, 110-112, 132-135, 137, 204
experiencias inusuales 29, 114
experimentación animal 97
explotación laboral 87

F

familiares 12, 22, 39, 41, 52-53, 55, 57-58, 67, 84, 91, 98-99, 102, 106, 108-110, 112, 115, 120-121, 149, 158, 162, 164, 176, 181-182, 192, 198-199, 202-203, 230, 237
farmacologización 59
Federación En Primera Persona 145
feminismo 6, 53, 117, 150-151, 156-157, 196-197, 204, 206-207, 234, 238
loco 157, 197, 238
Fireweed Collective (antes The Icarus Project) (colectivo) 127, 128
FLIPAS GAM (colectivo) 147, 150, 182, 188, 190, 191, 195, 199, 219, 225
frenología 33

G

GAMMA Albacete 147
GAM Valencia 147
género 6, 60, 63, 98, 103, 125, 151, 157, 176, 196-200, 204-207, 234, 238
Google 55
Granja Loca 166-167
Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) 147

H

Hearing Voices 6, 120, 123, 129-131, 144, 146-147, 150, 215, 238
Hierbabuena Salud Mental 145
histeria 31-32
hogares protegidos 92
horizontalidad 61, 64, 120, 122, 130, 144, 186, 207
hospitales de día 91
huelgas de los MIR 80

I

imaginario cultural occidental 199
inconsciente 36-37
individuos problemáticos 53
infancia 38, 54, 95, 109, 118, 158, 200, 227
ingresos hospitalarios 61, 112
Insane Liberation Front 126
INSPIRADAS (colectivo) 150-151, 157, 194, 197, 199, 203, 205-206
introspección 36
investigación académica 28, 61

J

Janssen (farmacéutica) 150

L

laborterapia 87
LGTBI+ 123, 125
libertad de las personas 50, 114
Locomún (colectivo) 147, 149-150, 188, 192, 209, 215, 221, 230
Locos por nuestros derechos (colectivo) 162-164

M

machi 30
Mad in América 239
Mad in Asia 128
Mad in Brasil 128
Mad in Finland 128
Madness Network News 125-126
Mad Pride (colectivo) 134
Mad Pride (evento) 131, 133-134, 152

malestar 119
 —emocional 119
 manicomio 5, 24-25, 31-32, 67-71, 73-74, 76-78, 82, 85, 87, 91, 110, 115, 139, 226, 237
 Manic Pixie Dream Girl 199
 mapuches 30, 74, 238
 marxismo 90
Más allá de la libertad y la dignidad (libro) 44, 239
 matrimonio 41
 medicación 19-21, 59, 61, 109, 111, 115, 133, 138, 143, 145, 158, 160, 169, 170, 172, 179, 183, 209-213, 215, 228, 229
 —a la infancia 160
 —aumento de la 143
 —dejar de tomar la 138
 —efectos de la 111
 —formas alternativas de manejar la 61
 —obligación de tomar la 133
 —punto de vista crítico con la 158
 —reducción de la 210
 —y la sensación de tranquilidad de los profesionales 210
 —reducción de la 214
 medicalización 53, 126, 158-160
 Medicina Basada en la Evidencia (MBE) 47
 medios de comunicación 28
 mente 31-32, 36-37, 43-44, 51-53, 56, 60, 64, 119, 183, 230
 mercado
 —institución 50, 51, 52
 —laboral 28, 52, 56-57, 98, 112
 —sociedad de 37
 migraciones 60, 62, 116, 176
 modelo(s)
 —biologicista 53
 —chileno 91
 —cognitivo-conductual 32, 38, 42-43, 47-49
 —de catarsis 39
 —del emprendedor 57
 —del especialista 61
 —económico neoliberal 49, 51, 53, 59, 62

—jerárquico entre profesional y persona con sufrimiento psíquico 64
 —patriarcal 53
 monomanía 32, 74
 movimiento libertario 137-138, 178
 Movimiento Pingüino 100, 102
 mujeres 32, 37, 52-53, 58, 75, 90-91, 125, 134, 150-151, 155-157, 165, 178, 193, 196-206, 218, 227
 —locas 203
 —maltratadas 90
 —psiquiatrizadas 203, 206

N

National Coalition of Mental Health Consumer/Survivor 126
 Network Against Psychiatric Assault (NAPA) 125
 No es lo mismo ser loca que loco (colectivo) 17, 114, 156, 165, 189, 197, 205, 207, 239

O

omnipotencia, noción de 46
 Orden de Tratamiento Obligatorio (CTO) 133, 134
 Organización Chilena de Estudiantes de Psicología (OCEP) 100, 102, 104, 152
 Organización Mundial de la Salud (OMS) 30, 35, 124, 163

P

Pánico en crisis (revista) 101, 106,
 Parkdale (barrio de Toronto) 132
 patologías 32, 115
 pedagogía del oprimido 89
peer to peer, enfoque 128
 películas 28, 56, 139, 140, 151, 199
 persecución 91, 175
 personalidad 32-33, 37
 plantas de psiquiatría 20
 pobreza 88, 165, 227
 Poder-Amenaza-Significado, 116
Poemas del psiquiátrico de Mondragón (libro) 82

política
 —acción 90
 —actividad 96
 —conciencia 100
 —cuestión 103
 —perspectiva 91, 96, 105
 psicología 103
 político
 —componente de la disciplina 106
 —constructo 92
 —lo personal es 103
 —movimiento 77
 —planteamiento 103
 —purismo 104
 «Por una niñez libre de drogas psiquiátricas» (campana) 114, 160
 posesión 30
 —de los *dyin* 30
 —demoníaca 73
 profesionales aliados 219
 protocolos 48-49, 115, 142, 148, 196
 psicoanálisis 31, 32, 37, 43, 94-98
 psicobiología 32
 psicoeducación 34, 115, 180
 psicofarmacología 34, 209
 psicología 5, 28, 31-33, 35-38, 42, 52, 59, 70, 84, 87-89, 91-107, 153, 176, 179, 220, 239-240
 —comunitaria 5, 87-89, 91-93, 101, 103, 104, 106, 239
 —tradicional 88, 102
 psicólogos 9, 20, 34, 40, 88-90, 92-94, 96, 153
 —clínicos 34
 —comunitarios 89-90, 92-93
 psicopatología 31, 32, 146
 psicoterapia 5, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 47, 52, 55-59, 115
 psique 207
 psiquiatras 9, 20, 32, 34, 74, 76-79, 81, 123-125, 141, 159, 207, 210, 217, 233, 238-239
 psiquiatría 5, 20, 24, 28, 31-35, 53, 59, 68-76, 78-79, 82-85, 88, 90, 95, 107, 119, 125-127, 132-133, 137-138, 150, 154, 156-158, 176, 179, 190, 212, 224, 226, 237, 239
 —intracomunitaria 90

—radical 95
 —supervivientes de la 119
 psiquiatrización 12, 14, 104, 123-124, 127, 133, 139, 148-149, 153, 162, 203, 206, 211, 227
 Psiquiatrizados en Lucha (colectivo) 81-82, 136
 Psiquiatrizadxs en Lucha y Compañerxs (PEL) (colectivo) 142-144
 Psychiatric Survivor Pride Day 132, 238, 239
 publicaciones científicas 28

R

Radio Nikosia 145
 Radio Prometea 145
 reciprocidad 64, 186
 Reclaim Bedlam 133, 134, 240
 redes sociales 10, 28, 56, 61, 148
 Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental 24
 relaciones
 —de pareja 109
 —de poder 111-112, 115-116
 —personales 27, 39, 42, 52
 —sexuales 80-81
 —sociales 36
 represión sexual 97

S

salud mental 3-6, 9-13, 19-22, 24-25, 27-31, 33-37, 43-65, 67, 70, 76-77, 82-93, 99, 101, 104-105, 108-115, 118-120, 122, 124-129, 131-133, 135, 137, 139-144, 146-151, 153-154, 156, 158, 160, 162-163, 167, 170-171, 173, 175, 178, 179-181, 184, 186, 189-190, 194, 197-198, 199-202, 207-208, 215, 217, 220, 223-229, 231, 233-235, 237-239
 —autogestión de la 61
 —institucional 175, 179
 SANE 133, 134
 Semana Contra la Ley de Peligrosidad Social (España, 1977) 82

sexualidad 32, 36, 98, 101, 203
 sintomatología 215
 soledad 21, 97, 131, 189, 224, 229
 Stonewall (Estados Unidos, 1969)
 123

T

talleres de grupo 34
 tejido social 186
 terapia(s)
 —cognitiva 42-44, 47
 —de grupo 186
 —electroconvulsiva (TEC) 19
 —Gestalt 32, 38-42
 —humanistas 121
 —sistémica 94
 tests 37, 97
 tortura 91, 152, 156
 trabajadoras sexuales 87
 trabajo
 —colectivo 61, 181
 —social 70
 trastorno(s)
 —Déficit de Atención e
 Hiperactividad (TDAH) 120
 —límite de la personalidad (TLP)
 120
 tratamiento 20, 32, 37, 71-73, 76, 86,
 87, 91, 115, 125, 154, 159, 162-163,
 175, 182, 211-212, 215, 217, 232
 —farmacológico 175, 215
 —involuntario 125

U

Último Resorte (banda musical)
 82-83
 Unidades Escolares Externas 95
 Unidad Popular (Chile) 90
 Uníos Hermanxs Psiquiatrizadxs
 (UHP) (colectivo) 142, 238

V

Versus (colectivo) 94-96, 240
 vida cotidiana 56, 60
 violación 91, 196, 203
 violencia sexual 91, 196-197, 200, 203
 vulneración de derechos 180, 182

W

Walden dos (libro) 44, 239

X

Xixón Voices (colectivo) 145

Z

Zito Trust 133



OTROS TÍTULOS DE ESTA COLECCIÓN

Urbanismo feminista

Por una transformación radical de los espacios de vida

••

Col·lectiu Punt 6

ISBN 978-84-92559-99-2 | 224 pp. | 14 €



La sociedad contra el Estado

••

Pierre Clastres

ISBN 978-84-92559-51-0 | 282 pp. | 17,5 €



La convivencialidad

••

Ivan Illich

ISBN 978-84-92559-35-0 | 200 pp. | 15 €

Microfísica sexista del poder

El caso Alcàsser y la construcción del terror sexual

••

Nerea Barjola

ISBN 978-84-92559-83-1 | 304 pp. | 18 €



Masculinidades y feminismo

••

Jokin Azpiazu Carballo

ISBN 978-84-92559-78-7 | 144 pp. | 14 €



Las políticas de la ecología social

Municipalismo libertario

••

Janet Biehl

ISBN 978-84-92559-86-2 | 232 pp. | 15 €



La tragedia del copyright

**Bien común, propiedad intelectual
y crisis de la industria cultural**

••

Igor Sádaba, Mario Domínguez, Jaron Rowan, Rubén Martínez y ZEMOS98

ISBN 978-84-92559-46-6 | 152 pp. | 14 €

Dejadnos crecer

Menores migrantes bajo tutela institucional

••

Núria Empez (ed.)

ISBN 978-84-92559-56-5 | 304 pp. | 19 €



Estado de Wonderbra

**Entretejiendo narraciones feministas
sobre las violencias de género**

••

Barbara Biglia y Conchi San Martín (coords.)

ISBN 978-84-96044-88-3 | 304 pp. | 18 €



La barbarie deportiva

Crítica de una plaga mundial

••

Marc Perelman

ISBN 978-84-92559-54-1 | 240 pp. | 18 €



La bala y la escuela

**Modos en que la escuela oficial complementa el trabajo
represivo de las fuerzas policiaco-militares en los pueblos
indios de México**

••

Pedro García Olivo

ISBN 978-84-92559-06-0 | 276 pp. | 16 €



Impreso en febrero de 2021
en Romanyà Valls (La Torre de Claramunt)

